**附件一：**

**第二期药品经营质量管理岗位能力培训班报名**

**与《岗位能力培训合格证书》申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | 联 系 人 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | 电 话 |  |
| 发票信息 | 1、名称与识别号： | | | | | | 注：统一开具增值税普通培训费电子发票 |
| 2、地址与电话： | | | | | |
| 3、开户行与账号： | | | | | |
| 姓 名 | 身份证号 | | 学历 | 性别 | 岗位职务 | 手 机 | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  | |
| 最关心的  问题 |  | | | | | | |
| 其他服务 | 1. 远程一对一辅导、诊断企业质量体系并全面指导；   2、药启宝平台药品经营质量管理课程招募VIP年会员，会员368元/年；  3、现场诊断企业质量风险隐患，提供整改方案、培训方案并开展针对性的内部培训。 | | | | | | |
| 证书邮寄地址、联系人、电话 |  | | | | | | |
| 汇 款 金 额 | | 万 仟 佰 拾 元整 | | | | 汇款日期 | 月 日 |
| **联系方式：010－83393713** | | | | | | | |