医药代表预约申请表

备案号：NO.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 学历 |  | 照片 |
| 专业 |  | | 联系电话 |  | |
| 身份证号码 | |  | | | |  |
| 企业名称 | | |  | | | | |
| 授权品种 | | | （药品名称、规格） | | | | |
| 授权起止日期 | | |  | 授权终止日期 | |  | |
| 医药领域从业经验 | | |  | | | | |
| 授权书等材料 | | | 1.药品上市许可持有人的名称、社会信用代码、法定代表人姓名等。2.药品上市许可持有人对全部备案信息的真实性声明。 | | | | |
| 本次预约工作内容及涉学 科（专业） | | |  | | | | |
| 廉洁诚信承诺 | | | 本人保证以上信息真实可靠，并严格按照《药品管理法》、《反不正当竞争法》等有关法律、法规、规章、政策的规定开展工作。保证做到合法申报、正当竞争、廉洁从业。未被相关部门或单位列入失信名单承诺内容。 | | | | |
| 药学部审批意见 | | |  | | | | |
| 报纪检审计部备案 | | |  | | | | |