附件1

广西壮族自治区药品监督管理局

药品监管人员实训基地申报表

申报单位（盖章）

主 管 部 门

填 报 时 间

广西壮族自治区药品监督管理局 制

2022年9月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 培训领域 |  | |
| 单位地址 |  | | | 邮编 |  | E－mail |  |
| 企业负责人 |  | | | 职务 |  | 电话 |  |
| 联系人 |  | | | 职务 |  | 电话 |  |
| 可同时容纳  培训人数 |  | | | | | | |
| 培训主要设施设备 |  | | | | | | |
| 师资队伍情况 | 现有人数（人） |  | 管理人员(人) |  | | | |
| 培训教师(人) | 高级职称 | |  | |
| 中级职称 | |  | |
| 培训管理制度 | 序号 | 制度名称 | | | | | |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| 5 |  | | | | | |
| 6 |  | | | | | |
| 申  报  单  位  意  见 | 经认真审核，本单位所填内容属实。  （公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 业务处室推荐意见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 省  级  药  品  监  管  部  门  意  见 | 年 月 日 | | | | | | |

说明：此表一式四份，申报单位一份、药品监管部门三份。表格空间不足可附页。