附件1

执业药师首次注册申请表

 执业地区： 省（自治区、直辖市）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近6个月2寸免冠证件照片 |
| 学历/学位 | / | 专 业 |  | 职 称 |  |
| 身份证号码 |  |
| 资格证书号 |  | 考试年份 |  |
| 毕业学校 |  | 参加工作时间 |  |
| 执业范围 | □药品生产□药品经营□药品使用 | 执业类别 | □药学□中药学□药学与中药学 |
| 执业单位名称 |  | 执业单位合法开业证明号码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 继续教育完成情况 |  |
| 执业单位意见 | 该申请人健康状况符合岗位要求，同意注册申请。  负责人： （公章） 年 月 日 |
| 药品监督管理部门审查意见 |  负责人： （公章） 年 月 日 |
| 承诺 | 我承诺本人身体健康，本次提交申请的相关资料真实有效，无违法违规行为，本人严格遵照执行《执业药师注册管理办法》，只在申请注册单位按照注册的执业类别、执业范围执业，不兼职，不挂证，若不属实，本人承担一切法律责任。 承诺人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件2

执业药师注册证书（样式）



附件3

执业药师变更注册申请表

 执业地区： 省（自治区、直辖市）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近6个月2寸免冠证件照片 |
| 学历/学位 | / | 专 业 |  | 职 称 |  |
| 身份证号码 |  |
| 资格证书号 |  | 考试年份 |  |
| 毕业学校 |  | 参加工作时间 |  |
| 执业范围 | □药品生产□药品经营□药品使用 | 执业类别 | □药学□中药学□药学与中药学 |
| 执业单位名称 |  | 执业单位合法开业证明号码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 上次注册时间 |  | 上次注册类型 |  |
| 变更事由 | □变更执业地区：由 变更为□变更执业类别：由 变更为□变更执业范围：由 变更为□变更执业单位：由 变更为 |
| 继续教育完成情况 |  |
| 执业单位意见 | 该申请人健康状况符合岗位要求，同意注册申请。 负责人： （公章） 年 月 日 |
| 药品监督管理部门审查意见 |  负责人： （公章） 年 月 日 |
| 承诺 | 我承诺本人身体健康，本次提交申请的相关资料真实有效，无违法违规行为，本人严格遵照执行《执业药师注册管理办法》，只在申请注册单位按照注册的执业类别、执业范围执业，不兼职，不挂证，若不属实，本人承担一切法律责任。 承诺人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件4

执业药师延续注册申请表

 执业地区： 省（自治区、直辖市）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近6个月2寸免冠证件照片 |
| 学历/学位 | / | 专 业 |  | 职 称 |  |
| 身份证号码 |  |
| 资格证书号 |  | 考试年份 |  |
| 毕业学校 |  | 参加工作时间 |  |
| 执业范围 | □药品生产□药品经营□药品使用 | 执业类别 | □药学□中药学□药学与中药学 |
| 执业单位名称 |  | 执业单位合法开业证明号码 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 上次注册时间 |  | 上次注册类型 |  |
| 继续教育完成情况 |  |
| 执业单位意见 | 该申请人健康状况符合岗位要求，同意注册申请。 负责人： （公章） 年 月 日 |
| 药品监督管理部门审查意见 |  负责人： （公章） 年 月 日 |
| 承诺 | 我承诺本人身体健康，本次提交申请的相关资料真实有效，无违法违规行为，本人严格遵照执行《执业药师注册管理办法》，只在申请注册单位按照注册的执业类别、执业范围执业，不兼职，不挂证，若不属实，本人承担一切法律责任。 承诺人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件5

执业药师注销注册申请表

 执业地区： 省（自治区、直辖市）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近6个月2寸免冠证件照片 |
| 学历/学位 |  /  | 专 业 |  | 职 称 |  |
| 身份证号码 |  |
| 资格证书号 |  | 考试年份 |  |
| 执业单位名称 |  | 执业单位联系人 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 上次注册时间 |  | 上次注册类型 |  |
| 注销注册原因 | □本人主动申请注销注册的；□执业药师身体健康状况不适宜继续执业的；□执业药师无正当理由不在执业单位执业，超过一个月的；□执业药师死亡或者被宣告失踪的；□执业药师丧失完全民事行为能力的；□执业药师受刑事处罚的。 |
| 执业单位意见 |  负责人： （公章） 年 月 日 |
| 药品监督管理部门审查意见 |  负责人： （公章） 年 月 日 |
| 承诺（仅限申请人提出需要） | 我承诺本次提交申请的相关资料真实有效，若不属实，本人承担一切法律责任。  承诺人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

本表一式两份，药品监督管理部门、注销注册申请人各一份。