附件

湖南省执业药师继续教育施教机构申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 负责人姓名 |  | 职务 | |  | 联系电话 | |  | |
| 联系人姓名 |  | 职务 | |  | 联系电话 | |  | |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 申报性质 | 面授 网授 | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 师资人员 | 职称（职级） | | 专业 | | | 任职类型（专或兼） | | 联系电话 |
| …可加行… |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
| 管理人员 | 学历 | | 专业 | | | 部门及职务 | | 联系电话 |
| …可加行… |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
| 我单位自愿申报湖南省执业药师继续教育施教机构资格，申报材料真实、合法、有效。  负责人签字：  申请单位（公章）  年 月 日 | | | | | | | | |