|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |
| 学历 |  |
| 专业 |  |
| 是否具有二年以上医药领域工作经验 |  |
| 所代表的药品上市许可持有人名称 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 法定代表人 |  |
| 合同（授权）起始日期 |  | 合同（授权）终止日期 |  |
| 授权类别或品种 |  |
| 培训 | 科目 |  |
| 时间 | 年 月 日 至 年 月 日 |
| 事项变更、注销 |  |

医药代表登记备案信息表