|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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