附件2

国家药品GSP检查员推荐表

　　　　　　省（区、市）食品药品监管局

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 政治面貌 |  |
| 职务 |  | | | 职称 |  | | | | |
| 学历/学位 |  | | | 专业 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 手机 |  | | |
| 通信地址 |  | | | | | 邮编 |  | | |
| 参加过总局组织的骨干检查员培训情况 | | 2014年 \_\_ 次；2015年\_\_ 次；2016年\_\_ 次 | | | | | | | |
| 参加过总局(省局)组织的飞行检查次数 | | 2014年 \_\_ 次；2015年\_\_ 次；2016年\_\_ 次 | | | | | | | |
| 从事药品流通监管和检查工作经历 |  | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | （公章）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日 | | | | | | | | |
| 省级食品药品监管部门意见 | （公章）  年　月　日 | | | | | | | | |