附件2

兵直统筹区定点零售药店执业药师统计表

定点零售药店名称：（签章） 定点零售药店编码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 执业药师资格证编号 | 注册在本店执业时间 | 在本单位参加社保时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

备注：提交本统计表时，须附加执业药师资格证、注册证、身份证复印件（需加盖单位公章）及参保证明。