附件2：

**天津市执业药师继续教育补学申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  |
| 身 份 证 号 | |  | | |
| 资格证管理号 | |  | | |
| 注 册 证 号 | |  | | |
| 执 业 单 位 | |  | | |
| 执业单位地址 | | 市 区 | | |
| 需补学的年度 | |  | 联系电话 |  |
| 申 请 原 因 | | 本人因 □伤 □病 □孕未能参加 年度执业药师继续教育 □专业科目 □公需科目的学习。特申请补学！ | | |
| **承诺书**  本申请人承诺，本表中所填内容及所附资料均真实、合法、有效，如有不实之处，本人愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。  承诺人： 年 月 日 | | | | |
| 执业单位意见 | 企业负责人签字： （公章）：  年 月 日 年 月 日 | | | |

**注：上传的电子版材料应确保图像清晰可辨。**