**河南省医药质量管理协会**

**《“双通道”专业药房服务规范》团体标准**

**参编单位申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 申请标准 | 《“双通道”专业药房服务规范》 | | | | | | |
| 单位联系人 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 单位简介 | （主要介绍与申请标准相关的情况） | | | | | | |
| 推荐参编人员 | | | | | | | |
| 基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | | 身份证号 |  |
| 手机 |  | 学历 |  | | 毕业院校 |  |
| 职称 |  | 专业 |  | | 现任职务 |  |
| 邮箱 |  | 邮编 |  | |  |  |
| 工作经历 | 时间 | 已参编过标准名称 | | | | | 已参编标准编号 |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
| 单位负责人意见 | 同意推荐并提供相应经费支持。为保证标准编制工作的连续性和一致性，我单位将尽力保证固定的参编人员，整个标准编制工作过程中将不做参编人员的变动。  签字：  年 月 日  （单位盖章） | | | | | | |

注：申请为参与单位，人员限报1人