附件2

药品流通企业统计员、运营分析员培训报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 报名人员基本信息 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 年 龄 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | 任职年限 |  |
| 电 话 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 工作经历 |
| 教育背景 |
| 对课程设计的需求 |    |
| 单位审批意见 |  （盖章）年 月 日 |

注：1、请务必填写学员本人身份证号，否则将无法在商务部市场秩序司的药品流通行业人才数据库中查询。

2、请填写学员本人电子邮箱，以便接收培训相关资料。