附件1：

广东省药品监管系统工作人员数字证书申请表

填报日期： 年 月 日 申请单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 社会信用代码 |  |
| 法定住所 |  | 单位联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 经办人姓名 |  | 经办人手机 |  |
| 经办人身份证号码 |  |
| 申请类型（单选） | 🗆 新办 🗆 变更 🗆 补办 🗆 续期 🗆 解锁 🗆 注销 |
| 申请人姓名 | 部门 | 申请人身份证号码 | 联系电话 | 签名样本 | 领取签名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**（注：本表除“领取签名”外的内容须全部填写完整，不得使用简称；申请人须在“签名样本”栏目中亲笔签名，保持笔迹清晰，不得与边框有接触；本表一式二份；如有更多人员同一批次办理申请，可在附页中填写，并连同本页骑缝盖章。）**

证书申请表附页：

广东省药品监管系统工作人员数字证书申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | 部门 | 申请人身份证号码 | 联系电话 | 签名样本 | 领取签名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**（注：本表除“领取签名”外的内容须全部填写完整，不得使用简称；申请人须在“签名样本”栏目中亲笔签名，保持笔迹清晰，不得与边框有接触；本表一式二份；如有更多人员同一批次办理申请，可在附页中填写，并连同本页骑缝盖章。）**