附件4

药品经营“三库”信息管理人员账号申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位名称** | **部门名称** | **姓名** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：请各地级以上市局汇总市县两级工作人员信息，于2023年12月10日前填报此表并通过粤政易报省药品监管局药品监管二处张泳欣（粤政易同名）。