医疗器械经营企业从业人员资格审查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 电话 |  | 学历  （专业） |  | 职称  （职业资格） |  |
| 所在岗位 | □法定代表人 □企业负责人 □质量负责人 □质量管理员  □售后服务人员 □经营人员 □验收人员 | | | | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 主要工作简历 | | | | | |
|  | | | | | |
| 备注 |  | | | | |