**专业技术人员花名册**

零售药店名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 人员类别（药师、执业药师、专（兼）职医保管理人员、营业员） | 专业种类 | 执业资格证及编号 | 劳动合同签订情况 | 参加社会保险情况 | 备注 |
| 起始时间 | 截止时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … | … | … | … | … |  | … | … | … | … | … |

 负责人签字： 经办人签字： 年 月 日