**抗菌标志产品管理责任者**

**注册表**

**填表说明**

1、 申请人须在“申请人个人声明”亲笔签名；

2、 “教育经历”指申请人参加全日制、半脱产或业余学习取得毕业证书的经历；

3、 “培训经历”指申请人参加各种长期、短期的培训取得结业证书或培训合格证书的经历；

填表日期： 年 月 日

**个人声明**

**中关村汇智抗菌新材料产业技术创新联盟：**

本人保证申请书中填写的内容及所附的材料真实、有效，并承诺承担因填写内容或提供材料失实而引发的所有后果。

本人已充分了解并愿意遵守抗菌标志相关规定，承认贵单位有权为了保证文件的准确性而验证本人所有的声明（包括所提交的材料），接受贵单位为抗菌标志产品管理责任者举办的各种专业培训。

本人保证承担抗菌产品管理责任者职责，负责本单位抗菌标志产品质量管理及抗菌标志使用管理。

本人保证严格遵守抗菌产品管理责任者行为准则，绝不损害贵单位声誉。

申请人(签字)

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照  片 |
| 工作单位 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 | |  |
| 单位电话 |  | | 手 机 | |  | |
| 邮 箱 |  | | 传 真 | |  | |
| 学 历 |  | | 毕业院校 | |  | |
| 职 称 |  | | 授予单位 | |  | |
| 教育经历 |  | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | |
| 所在单位  意见 | 本单位同意该同志担任抗菌标志产品管理责任者，并要求其遵守抗菌标志产品管理责任者行为准则，履行抗菌标志产品管理责任者工作职责。  （企业签章）  负责人签字：  年 月 日 | | | | | |