附件：

**授权承担生物制品批签发抽样工作人员签名样稿**

|  |
| --- |
| 1．所在单位全称： |
| 2．所在单位负责人：  联系电话及传真： |
| 3．抽样人员的姓名：  单位通讯地址及邮编：  联系电话及传真：  负责抽样的企业名称： |
| 4．授权承担批签发工作人员签字样式： |
| 5．省级食品药品监督管理部门审核意见  负责人签字： 单位公章  年 月 日 |

注：本签名样稿为一人一表。