**附件19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗器械质量管理体系认证申请资料** | | | |
| □医疗器械注册证/登记证明  □医疗器械生产企业许可证/生产备案证明  □医疗器械经营许可证/经营备案证明 | | | |
| **医疗器械质量管理体系人员信息如下：** | | | |
| A | 全职员工（不包括兼职、临时等类型人员） | 全职员工数量 |  |
| 全职员工全年  平均工作天数 |  |
| B | 兼职人员 | 兼职人员总数 |  |
| 兼职人员平均每天工作的小时数 |  |
| 兼职人员全年  平均工作天数 |  |
| 其他  说明 | **请说明从事相似或重复工作的岗位及人数** | | |