贵州省药品流通兼职检查员认定方案

按照《国务院办公厅关于全面加强药品监管能力建设的实施意见》（国办发〔2021〕16号）、《国家药监局关于推进市县药品监管能力标准化建设的意见》（国药监综〔2022〕15号）等文件要求，为进一步提升基层药品流通监管水平，推动全省药品流通监管工作高质量发展，建设一支质量优良、数量充足的省级药品流通兼职检查员队伍，加大药品流通环节监管人员人才储备，根据《国家药品监督管理局关于印发职业化专业化药品检查员分级分类管理办法的通知》（国药监人〔2021〕34号）（以下简称《分级分类管理办法》）、《省药品监管局关于基层药品流通检查员三年培养计划工作方案》（黔药监函〔2024〕61号）等文件要求，结合当前我省基层药品流通监管现状，将具备相应资质条件人员认定为省级药品流通兼职检查员，为做好相关工作，特制定本方案。

一、组织领导

为做好基层药品流通兼职检查员认定工作，成立以省药品监管局分管检查员队伍建设工作的局领导为组长，药化流通处、人事处、局检查中心负责人为副组长的基层药品流通兼职检查员认定工作小组（以下简称“认定小组”）。认定小组统筹全省基层药品流通兼职检查员的考核认定工作。

认定小组下设办公室在局检查中心，承担全省基层药品流通兼职检查员认定的各项具体工作。

二、药品流通兼职检查员的认定

严格按照《分级分类管理办法》规定的遴选聘任程序开展聘任工作，由认定小组办公室组织开展基层药品流通兼职检查员认定工作。

（一）认定对象

全省9个市（州）及88个县（区）参加过省药品监管局或国家药监局高研院举办的药品GSP培训并通过考核（以结业证书为证明材料），且参加2次及以上省级“两品一械”监管部门组织的药品GSP见习检查的基层监管人员。

（二）认定程序

1.个人申请

具备《分级分类管理办法》规定的检查员基本条件的申请人，根据个人意愿，可依据本人专业背景、工作经验等，本人申请并填写《药品流通兼职检查员申请表》（附表1）并签署防范利益冲突声明（附表2）。所属单位、部门对申请进行审核后，出具推荐意见并作出配合调派承诺。

2.择优遴选

局检查中心严格按照资格条件择优遴选人员，遴选工作原则上应当根据检查类型，以专业背景、教育培训、检查工作经验、检查能力等指标作为评价依据开展。

3.培训考核

按照《分级分类管理办法》的规定，在递交申请表时需一并提交省级行业主管部门或国家药监局高研院组织的GSP培训并通过考核的印证材料。局检查中心将对申请人提交的培训资料进行核实。

4.见习检查

申请人应当确保参加过2家次及以上的GSP见习检查，局检查中心将对申请人参加的检查次数进行核实。

5.聘任

认定小组对申请人员的培训考核情况、见习检查情况进行综合评定，评定合格的人员名单在网站上予以公示，公示期不少于7个工作日。公示无异议后，将申请人聘任为药品流通兼职检查员并颁发药品检查员证。

6.认定监督

认定工作接受省药品监管局直属机关纪委的监督。

三、工作要求

（一）提高思想认识

省级药品流通兼职检查员认定工作是建强检查队伍、规范人员管理、保障监管工作的重要环节，请各单位（部门）高度重视，认真组织开展和推荐，推进此项工作顺利完成。

（二）严肃工作纪律

坚决杜绝省级药品流通兼职检查员认定工作中的弄虚作假、虚报瞒报等行为。

（三）按要求填报材料

申请人分别按要求填报《药品流通兼职检查员申请表》（附表1）、防范利益冲突声明（附表2），其中附表1单位纪检部门意见由申请人所属单位纪检部门填写并盖章，上述表格和培训证书需同时报送纸质和电子版材料。附表请双面打印，本人签字，由所属单位（部门）出具推荐意见并盖章报送。

附件：1.药品流通兼职检查员申请表

2.防范利益冲突声明

附件1

药品流通兼职检查员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （照片）2寸蓝底免冠证件照 |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 专 业 |  | 学历/学位 |  |  参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 工作单位/部门 |  |
| 专业技术职称 |  | 行政/专业技术职务 |  |
| 联系电话 |  |
| 教育背景 | （从高中毕业后开始，按时间顺序填写） |
| 工作经历 | （从首次参加工作时间起，以检查工作经验为主） |
| 奖惩情况 |  |
| 其他需要说明的情况 | （请对照任职条件阐述） |
| 家庭主要成员以及重要社会关系 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 培训情况 | 于某年某月某日参加某单位组织的GSP培训，培训合格。 |
| 见习检查情况 | 于某年某月参加GSP检查x次，其中，担任检查组长/检查组员x次。（填写至少2次GSP检查情况） |
| 本人声明与保证 | 本人郑重声明，上述表格信息真实准确，如有虚假，责任自负。签字：年 月 日 |
| 单位纪检部门意见 | 单位纪检部门（盖章）年 月 日 |
| 所在单位/部门推荐意见 | 以上信息真实准确，同意推荐，并配合调派该同志的检查事项。签字：（盖章）年 月 日 |
| 聘任意见 | 经审核批准，聘任 同志为药品流通兼职检查员。（由聘任单位填写）（盖章）年 月 日 |

附件2

防范利益冲突声明

本人受贵州省药品监督管理局委托，参加本次 （检查、核查或其他）工作。为保证所开展工作的公平、公正，现就有关利益冲突事项声明如下：

一、本人及所属单位、特定关系人与本次工作所涉及单位无任何以合同契约或兼职等方式获取报酬的利益关系，也未在该单位担任取酬或不取酬的工作职务。

二、本人及特定关系人在本次工作前一年内未向本次工作所涉及单位提供过现场培训或指导活动。

三、本人及特定关系人不利用本次工作期间接触的资料、数据或讨论情况、结论及其他有关信息以获取利益或帮助他人获取利益。

四、本人及特定关系人与本次工作所涉及单位无任何民事或刑事法律纠纷。

本人声明如与本次工作所涉及单位有利益冲突关系，将主动提出退出本次工作。

本人保证以上声明全部属实。如有不实，愿承担因此导致的一切后果。

 声明人：

 日 期： 年 月 日

贵州省药品监督管理局办公室 2025年7月2日印发