《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》

申 请 表

申请单位（章）

联 系 人

联系电话

申请日期

填 表 说 明

1、填表前请仔细阅读填表说明，确知应享有的权利和应承担的义务；

2、申请人应保证所提交文件、证件等材料的真实性、有效性和合法性；

3、提供的申报材料，请使用A4型纸打印或复印，按顺序装订成册；

4、提供材料属复印件的，均需提供原件核对，原件核对后退回；

5、申请人提交的材料和表格应当打印，或用钢笔、签字笔认真填写；

6、申请人提交的文件、证件应当整洁，不得使用涂改液。

注：口腔医疗机构在“床位数”栏需同时填写床位数和牙椅数，如无病床，只填写牙椅数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | |
| 医疗机构代码 | |  | | |
| 地　　址 | |  | | |
| 联系人及联系电话 | |  | | |
| 床 位 数  （牙椅数） | |  | 平均日门诊量 |  |
| 具有麻醉药品、第一类精神药品处方权执业医师人数 | |  | 医疗机构公章：    年　　月　　日 | |
| 医疗机构法定代表人（负责人）签名及印鉴 | |  |
| 医疗管理部门负责人签名及印鉴 | |  |
| 药学部门负责  人签名及印鉴 | |  | | |
| 采购人员身份证号码、签名及印鉴 | |  | | |
| 提交  资料  目录 | |  | | |
| 县（市区）审查意见 | 审核人签字： 公章    年 月 日 | | | | |
| 批  准  单  位  意  见 | （公章）  年 月 日 | | | | |