附件1

科研教学单位麻醉药品和精神药品月度报表

单位名称（盖章）：

联系人： 联系方式： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **证书号** | **药品****名称** | **批准****文号** | **产品****批号** | **购进数量（单位）** | **购进****日期** | **销售单位** | **使用数量****（单位）** | **库存数量****（单位）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |