附件2

科研教学单位麻醉药品和精神药品销毁申请单

单位名称（盖章）：

联系人： 联系方式： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **药品名称** | **批准文号** | **产品批号** | **销毁数量**  **（单位）** | **报废原因** | **存放地点** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

销毁方式：

申请单位负责人： 监督人：

销毁日期： 年 月 日 监督日期： 年 月 日

（本申请单一式两份，申请单位、监督单位各留存一份）