附件7

《麻醉药品、第一类精神药品印鉴卡》变更表

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构全称 | 印鉴卡号 |
|  |  |
| 理由和依据 |  | 单位印鉴 |
| 新印鉴 | 法人印鉴 | 医疗管理负责人印鉴 | 药学部门负责人印鉴 | 采购人员一寸照片 |
|  |  |  |  |
| 法人签名 | 医疗管理负责人签名 | 药学部门负责人签名 | 采购人员签名身份证号码 |
|  |  |  |  |
| 单位意见 |  | 单位印鉴 |
| 市审卫核健意委见 | 经审核，同意印鉴卡变更，请麻醉药品和第一类精神药品供应单位按新印鉴供应药品。  （公章） 年 月 日 |