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 | | | | |