附件4

《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | |
| 医疗机构代码 | |  | | |
| 地 址 | |  | | |
| 电话号码 | |  | 邮政编码 |  |
| 床 位 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数量 | |  | 医疗机构公章：  年 月 日 | |
| 药学部门  负责人签章 | |  |
| 医疗机构  法定代表人或  负责人签章 | |  |
| 批 准  单 位  意 见 | 审核人签字：    年 月 日 | | | |