附件6

编号

麻醉药品、第一类精神药品

购

用

印

鉴

卡

南京市卫生健康委员会印制

医疗机构基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | | | | |
| 医疗机构代码 | |  | | | | | | | | |
| 地 址 | |  | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 电话号码 | |  | | | | 床位数 |  | 平均日  门诊量 | |  |
| 医疗机构负责人 | 姓名 |  | | | 医疗管理部门负责人 | 姓名 |  | 药学部门负责人 | 姓名 |  |
| 签名 |  | | | 签名 |  | 签名 |  |
| 印鉴 |  | | | 印鉴 |  | 印鉴 |  |
| 药学部门负责人于 年 月毕业于 | | | | | | | | 现职称 | |  |
| 精麻药品采购人员 | 姓名 | |  | | 身份证号码  □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | |
| 签名 | |  | |
| 印鉴 | |  | |
| 采购人员一寸照片 | | | 医疗机构公章 |  | | | | | |

批准单位意见

|  |
| --- |
| 批准单位公章  年 月 日 |

项目变更记录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 变更项目 | 变更后内容 | 变更日期 | 经办人签章 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

药品购买情况记录

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 | 规格 | 单位 | 数量 | 购买日期 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 采购人员签章 | | 药学部门负责人签章 | 销售人员签章 | |