附件5

《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》登记表

 印鉴卡号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 邮政编码 |  |
| 机构详细地址 |  | 所在区 |  |
| 医疗机构代码 |  | 法人代表 |  |
| 医疗管理部门负责人 |  | 电 话 |  | 学 历 |  |
| 手 机 |  | 职 称 |  |
| 药学部门负责人 |  | 电 话 |  | 学 历 |  |
| 手 机 |  | 职 称 |  |
| 采购人员 |  | 身份证号 |  |  |
| 印鉴 | 法人印鉴 | 医疗管理负责人印鉴 | 药学部门负责人印鉴 | 采购员一寸照片 |
|  |  |  |  |
| 法人签名 | 医疗管理负责人签字 | 药学部门负责人签字 | 采购员签字 |
|  |  |  |  |
| 单位意见 |  （公章）年 月 日 |
| 市审卫核健意委见 |  （公章） 年 月 日 |