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 | | | | | | |