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 |