

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		
	签名				签名		
	印鉴				印鉴		
药学部门负责人	姓名			药学部门负责人	姓名		
	签名				签名		
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	签名						
	印鉴						
	采购人员一寸照片		医疗机构公章		年 月 日		

批准单位意见

批准单位公章

年 月 日

