《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 | | 玉溪XX医院 | | |
| 医疗机构代码 | | 填写医疗机构执业许可证号 | | |
| 地　　址 | | 玉溪市XX县（区）XX街道XX路X号 | | |
| 电话号码 | | 0877-XXXXXXX | 邮政编码 | 65XXXX |
| 床 位 数 | | 床位数：XX张  牙椅数：XX张 | 平均日门诊量 | XX |
| 具有麻醉药品、第一类精神药品处方权执业医师数量 | | XX人 | 医疗机构公章：  XXXX年XX月XX日 | |
| 药学部门  负责人签章 | | **张XX** |
| 医疗机构法定代表人（负责人）签章 | | **杨XX** |
| 批准单位意见 | 审核人签字：  （公章）  年 月 日 | | | |

注：口腔医疗机构在“床位数”栏需同时填写床位数和牙椅数，如无病床，只填写牙椅数。

麻醉药品、第一类精神药品印鉴卡变更申请表

被申请机关：玉溪市卫生健康委员会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | 玉溪XX医院 | | |
| 地 址 | 玉溪市XX县（区）XX街道XX路X号 | | |
| 电 话 | 0877-XXXXXXX | | |
| 邮政编码 | 65XXXX | | |
| 项 目 | | 原核准登记事项 | 申请变更登记事项 |
| 机构名称 | | 玉溪XX医院 | 玉溪XXX医院 |
| 地 址 | | 玉溪市XX区XX路X号 |  |
| 法定代表人 | | 王XX |  |
| 主要负责人 | | 张XX |  |
| 医疗管理部门负责人 | | 李XX |  |
| 药学部门负责人 | | 杨XX |  |
| 采购人员 | | 杨XX | 高XX |
| 医疗机构法定代表  人（负责人）意见 | | 情况属实，同意变更。  签字：王XX XXXX年XX月XX日 | |
| 审查人员意见 | | 签字： 年 月 日 | |
| 主审人员意见 | | 签字： 年 月 日 | |
| 委领导核批 | | 签字： 年 月 日 | |

申请单位：玉溪XX医院（章） XXXX年XX月XX日

麻醉药品、第一类精神药品印鉴卡注销申请表

被申请机关：玉溪市卫生健康委员会

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 | 玉溪XX医院 |
| 地 址 | 玉溪市XX县（区）XX街道XX路XX号 |
| 电 话 | 0877-XXXXXXX |
| 邮政编码 | 65XXXX |
| 申请注销理由 | 医疗机构合并/歇业/法人或其他组织依法终止/...... |
| 上级主管  部门意见 | 签字（章）： 年 月 日 |
| 医疗机构  法定代表人  （负责人）意见 | 情况属实，同意注销。  签字：王XX XXXX年XX月XX日 |
| 审查人员意见 | 签字： 年 月 日 |
| 主审人员意见 | 签字： 年 月 日 |
| 委领导核批 | 签字： 年 月 日 |

申请单位：玉溪XX医院（章） XXXX年XX月XX日