**《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 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 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  （负责人）签章 |  |
| 核发医疗机构执业许可证行政部门初审意见 | （公章）  负责人（签字）： 年　 月　 日 | | |
| 行政许可受理机关 | 承办人（签字） ：  年　 月　 日 | | |

**注：1.表正反面打印。**

**2.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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 提交资料 |  |
| 行政许可 申请人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。      （公章）    负责人（签字）： 年 月 日 |