附件1

麻醉药品和精神药品定点经营遴选申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称（盖章） |  | | |
| 许可证编号 |  | | |
| 发证日期 |  | 有效期至 |  |
| 注册地址 |  | | |
| 仓库地址 |  | 是否变更/增加仓库地址 |  |
| 经营范围 |  | 申请增加“麻醉药品和第一类精神药品（供药责任区域：×××）/第二类精神药品” | |
| 联系人 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 传真 |  |
| 法定代表人或  企业负责人（签字） |  | 申报人（签字） |  |
| 企业申报事由  及自查情况 | 请在表内简要说明并附申请企业的书面报告，报告标准:1.以公司红头正式文件报送；2.包括申请企业的基本情况，人员、场地、设施、拟经营的品种、范围等，内容真实、全面。 | | |
| 市（州）市场监督管理局审查意见    年 |  | | |

说明：表中空间不足，可附页。