**十堰市《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》申请表**

十卫生计生麻精卡审字[ ]第 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（负责人）签章 | | |  |
| 县（市）卫生计生行政部门审核意见 | | 审批人签字：  （审批机关盖章）  年 　月　 日 | | | | |
| 十堰市卫生计生综合监督执法局审核意见 | | 审批人签字：  （审批机关盖章）  年 　月　 日 | | | | |
| 十堰市卫生和计划生育委员会审批意见 | | 审批人签字：  （审批机关盖章）  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