编号

# 泰安市基本医疗保险

协议零售药店申请表

申请单位（章）： 申请日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | |  | | |
| 单位地址 | |  | | |
| 营业执照号 | |  | 法定代表人 |  |
| 所有制形式 | |  | 邮政编码 |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 | |  | 营业场所面积 | M2 |
| 开户银行及账号 | |  | | |
| 人员构成 | 药学技术人员 | 名，其中高级职称人，中级职称人，初级职称人 | | |
| 营业人员数 |  | | |
| 其他人员数 |  | | |
| 上年度营业收入 |  | | | |
| 申  请  内  容 | 法定代表人签名（章）： | | | |
| 申请单位印章 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 医保 | 经办机构印章 | | | |
| 经办 |
| 机构 |
| 审查 |
| 意见 | 年 月 日 | | | |

## 在售药品统计表

填报单位（章）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品类别 | 药品名称 | 生产厂家 | 剂型 | 剂量 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：药品类别是指西药、中成药、饮片

## 药学技术人员信息登记表

填报单位（章） 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 执业证书编号 | 执业证书发证机关 | 专业技术职称 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |