附表二：医疗机构制剂补充申请表（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制剂名称 |  | | | 制 剂 类 别 | |  | |
| 剂型 |  | | 规 格 |  | | 是否委托配制 |  |
| 批准文号 |  | | | 批准日期 | |  | |
| 变更情形 | 11个选项中选1个 | | | | | | |
| 变更前内容 |  | | | | | | |
| 变更后内容 |  | | | | | | |
| 变更理由 |  | | | | | | |
| 申请人 | 社会信用代码 | | |  | | | |
| 单位名称 | | |  | | | |
| 《医疗机构制剂许可证》编号 | | |  | | | |
| 制剂配制地址 | | |  | | | |
|  | 联系人 |  | | 电 话 |  | | |