附表四：医疗机构制剂调剂使用申请表（样表）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 制剂名称 |  | 剂 型 | |  |
| 规 格 |  | 有效期 | |  |
| 质量标准 |  | 批准文号 | |  |
| 申请理由 |  | | | |
| 使用范围 |  | | | |
| 调剂数量 |  | | | |
|  | 调出方 | | 调入方 | |
| 社会信用代码 |  | |  | |
| 医疗机构单位名称 |  | |  | |
| 医疗机构地址 |  | |  | |
| 制剂配制单位名称 |  | |  | |
| 制剂配制地址 |  | |  | |
| 《医疗机构制剂许可证》（或《药品生产质量管理规范》认证证书）编号 |  | |  | |
| 联系人 |  | |  | |
| 联系电话 |  | |  | |