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 |  |  |