**区域性批发企业需就近向其他省行政区域内取得麻醉药品和第一类精神药品使用资格的医疗机构销售麻醉药品和**

**第一类精神药品申请表**

申请单位名称(公章)：\*\*医药有限公司

联 系 人：\*\*\*

联系电话：\*\*\*

申请日期：20\*\*　年 \* 月\*日

**辽宁省食品药品监督管理局 制**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | \*\*医药有限公司 | | |
| 注册地址 | 沈阳市和平区\*\*\* | 邮政编码 |  |
| 仓库地址 | 沈阳市和平区\*\*\* | | |
| 仓库面积 | 1000平方米 | 特药库面积 | 1000平方米 |
| 法定代表人 | \*\*\* | 联系电话 | \*\*\* |
| 许可证编号 | 辽AA0240001 | 有效期限 | 2020.1.12 |
| GSP证号 | A-LN14-001 | 有效期限 | 2020.1.12 |
| 拟供应麻醉药品和第一类精神药品责任区域 | \*\*\* | | |
| 拟销售麻醉药品和第一类精神药品至取得麻醉药品和第一类精神药品使用资格的医疗机构目录 | \*\*\* | | |