附件：

**麻醉药品和精神药品**

**定点经营申请表**

申请单位名称(公章)：

联 系 人：

联系电话：

申请日期： 　　年 月 日

辽宁省食品药品监督管理局 制

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 注册地址 |  | 邮编 |  |
| 仓库地址 |  |
| 仓库面积 |  | 特药库面积 |  |
| 许可证编号 |  | 有效期 |  |
| GSP证书编号 |  | 有效期 |  |
|  企 企业具备定点经营情况说明  |  |