**药品零售企业验收申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 注册地址 |  |
| 法定代表人（身份证号码） |  | 学历 |  | 执业药师编号 |  |
| 企业负责人（身份证号码） |  | 学历 |  | 执业药师编号 |  |
| 质量负责人（身份证号码） |  | 从事药品质管工作年限 |  | 执业药师编号 |  |
| 经营类别 | □药 品 □非处方药 □乙类非处方药 |
| 经营方式 |  | 营业场所面积 |  |
| 经营范围 |  |
| 药学专业技术人员 | 姓名(身份证号码) | 职称 | 学历 | 毕业时间 | 毕业院校 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 仓库地址 | 区县 | 街道 | 详细地址 | 仓库面积(m2) | 常温库(m2) | 阴凉库(m2) | 冷库(m3) |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 手机 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  |

注：营业场所面积是店堂实际使用面积，不含办公用房、辅助用房面积。

申请企业：（公章） 年 月 日