**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（区）(m2) | | 冷库（柜）(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