**药品经营许可证换发申请表**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 企业名称： | \*\*\*医药有限公司一店 |
| 填报日期： | 2020年4月1日 |
| 联 系 人： | 张三 |
| 联系电话： | 138\*\*\* |
|  | |
| 山东省药品监督管理局制 | |

|  |
| --- |
|  |
| 填 报 说 明 |
| 一、申请人填写封面和表1，报县区药品监督管理机构。 |
| 二、填写内容应准确、完整，不得涂改。 |
| 三、报送申报材料时，按有关栏目填写执业药师或专业技术职称、学历和所在岗位情况，应附执业药师注册证书或专业技术职称证书和学历证书的复印件。 |
| 四、本表一式三份，申请开办企业、县级、市级药品监督管理部门各一份。 |
| 五、人员明细填写不下可另加附页。 |
| 六、其他申报材料，应统一使用A4纸，标明目录及页码并装订成册。 |
| 六、“申请人”包括法人和自然人。 |

**企 业 基 本 情 况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | \*\*\*医药有限公司一店 | | | | 邮政编码 | | 264000 | |
| 企业名称 | \*\*\*医药有限公司一店 | | | 隶属单位 | \*\*\*医药有限公司 | | | |
| 企业注册地址 | \*\*\*文化中路3号 | | | | 拟办企业经济性质 | | 有限责任公司分公司 | |
| 序号 | 仓库地址 | | | | 仓库面积 | | | |
| / | 无 | | | | / | | | |
| 所在区域 | \*\*\*市区 | | | | | | | |
| 经营范围 | 处方药，甲类非处方药，乙类非处方药：中成药、化学药、以上经营范围不包括含麻醉药品的复方口服溶液等限制类药品. | | 经营方式 | | | 单体门店 | | |
| 企业法定代表人 | 无 | 职务 | / | 技术职称 | / | | 学历 |  |
| 企业负责人 | 张三 | 职务 | 企业负责人 | 技术职称 | 无 | | 学历 | 本科 |
| 企业质量负责人 | 李四 | 从事药品经营工作年限 | 6 | 技术职称 | 药师 | | 学历 | 本科 |
| 药学技术人员（一） | 张三 | 从事药品经营工作年限 | 6 | 是否执业药师 | 口否 ☑是 | | 技术职称 | 无 |
| 药学技术人员（二） | 李四 | 从事药品经营工作年限 | 6 | 是否执业药师 | ☑否 口是 | | 技术职称 | 药师 |
| 药学技术人员（三） | / | 从事药品经营工作年限 | / | 是否执业药师 | 口否 口是 | | 技术职称 | / |
| 联系人 | 张三 | 电话 | 138\*\*\* | 传真 | 589\*\*\* | | | |
| 经营场所面积（m2） | 100 | 药品营业场所面积（m2） | | 100 | | | | |

**现 场 检 查 情 况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市局或县局转报意见 | 县级局是否建议对该企业（零售、连锁）进行现场检查 是□  否□  市级局是否建议对该企业（批发）进行现场检查 是□  否□ | | |
| 年   月   日 | | |
| 检查人员 | 成员所在单位 | 姓名（签字） | 检查项目 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 陪同检查人员 | 所在单位 | 姓名 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 检查情况及结论 | 检查组长签字：   年   月   日 | | |

**审 批 意 见**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公示情况 | 公示时间 | | | | 公示形式 | 公示结果 | | | |
| 自:     年  月  日 至:     年  月  日 | | | |  |  | | | |
| 发证部门审批意见 | 审查意见 | 经办人： 年   月   日 | | | | | | | |
| 审核意见 | 负责人： 年   月   日 | | | | | | | |
| 审批意见 | 审批人： 年   月   日 (公章) | | | | | | | |
| 许可登记事项内容 | 企业名称 | |  | | | | | | |
| 注册地址 | |  | | | | | | |
| 仓库信息 | | 序号 | 仓库地址 | | | | 仓库面积（m2） | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| 是否设仓库 | | 是□、否□ | | | | | | |
| 企业法定代表人（或非法人企业负责人） | |  | | 企业负责人 |  | 企业质量 负责人 | |  |
| 经营方式 | |  | | 隶属单位 |  | | | |
| 经营范围 | |  | | | | | | |
| 许可证编号 | |  | | 许可证流水号 |  | | | |
| 许可证有效期 | | 自：   年  月  日 至:   年  月  日 | | | | | | |

**企业负责人员和质量管理人员情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位 | |  | | | | 填报日期 | | |  | | |
| 序号 | 姓名 | | 证件类型 | 证件号 | 学历 | | 所学专业 | 是否执业药师 | | 技术职称 | 所在部门 | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |

注:填写本表时,请将执业药师证明或专业技术职称证书的复印件附后。

**企业药品验收养护人员情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填报单位： |  | 填报日期： | 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务 | 学历 | 所学专业 | 是否执业药师 | 技术职称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注:填写本表时,请将执业药师证明或专业技术职称证书的复印件附后。