济宁市医疗保障定点零售药店申请表

申请单位：（公章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | |
| 药店地址 |  | | |
| 药店类别 | 🞎连锁（□直营  □加盟）         🞎单体 | | |
| 申请药店类别 | 🞎普通零售        🞎特药零售 | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 药品经营许可证 | 许可证编号 |  | |
| 批准时间 |  | |
| 药品品种 |  | 营业面积 | (㎡) |
| 执业药师 | （人） | 药 师 | （人） |
| 医保专职管理人员 | （人） | 参保人数 | （人） |