

附件 1:

《零售药店经营特殊疾病药品服务规范》达标检查申请表

申请药店全称				社会信用统一代码	
药店地址	省/市/区（选择） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 连锁药店 <input type="checkbox"/> 单体药店	商圈类型（可多选）		<input type="checkbox"/> 院边店 <input type="checkbox"/> 院内店 <input type="checkbox"/> 社区店 <input type="checkbox"/> 商业圈店 <input type="checkbox"/> 其他		
集团或母公司名称				集团公司社会信用统一代码	
开办时间				职工人数	
药品经营许可证号码					
经营范围					
法定代表人		职务		职称	
企业负责人		职务		职称	
质量负责人		职务		职称	
药店负责人		职务		职称	
药店联系人		联系电话		邮箱	
营业面积（平方米）		其中：特药经营面积（平方米）			
上年度含税销售额(万元)		其中：特药药品含税销售额（万元）			
经营药品品规数（个）		其中：特药药品品规数（个）			
本年度特药药品含税销售额（万元）	_____月—_____月		金额：		
是否为医保定点药店		是否开通医保 统筹			
上年度处方数量		其中特药处方数量			
具有电子处方管理系统	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	具有药学信息服务系统		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
上年度特药患者服务人数				已建立药历（份）	

药学技术人员（人）				其中：执业药师 （人）	
执业中药师（人）		主任药师（人）		副主任药师（人）	
主管药师（人）		药师（人）		药士（人）	
近 5 年内是否有因违法违规经营药品、商业贿赂等被药监、行政 部门处罚的行为？ <input type="checkbox"/> 是/否				处方来源是否符合相关规定？ <input type="checkbox"/> 是/否	

