附件1

济宁市“双通道”医保协议管理定点零售药店

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□/其他□ | | | | |
| **申请药店类别** | □普通零售药店 □DTP药店 | | | | |
| **法定代表人** |  | | **联系电话** |  | |
| **营业执照号码** |  | | | | |
| **药品经营许可证号码** |  | | | | |
| **单位社会保险**  **登记证编码** |  | | | | |
| **成立时间** | 年 月 日 | 营业面积 | | | （㎡） |
| **药店总人数** | （人） | 参保人数 | | | （人） |
| **执业药师配备**  **情况** | 共 名 | | | | |