附表1：

**河北省医疗机构制剂调剂使用申请表**

受理号： 受理日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 制剂名称 |  | 剂 型 |  |
| 有 效 期 |  | 规 格 |  |
| 申请调剂  使用期限 |  | 制剂文号或  备案号 |  |
| 调剂制剂  批号及数量 |  | | |
| 申请调剂  理 由 |  | | |
| 使用范围 |  | | |
|  | 调 出 方 | 调 入 方 | |
| 医疗机构  名 称 |  |  | |
| 医疗机构  地 址 |  |  | |
| 联 系 人 |  |  | |
| 联系电话 |  |  | |
| 法定代表人 | （签字及公章）  日期： 年 月 日 | （签字及公章）  日期： 年 月 日 | |