换发新版《放射性药品使用许可证》申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 许可证正本 | 医疗机构名称 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 注册地址 |  |
| 科（室）地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 科（室）负责人 |  |
| 许可证编号 |  |
| 医疗机构类别 |  |
| 日常监督管理机构 |  |
| 许可证类别及科（室）名称 |  |
| 投诉举报电话 |  |
| 发证机关 |  |
| 签发人 |  |
| 发证日期 |  |
| 有效期至 |  |
| 许可证副本 | 医疗机构名称 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 注册地址 |  |
| 科（室）地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 科（室）负责人 |  |
| 许可证编号 |  |
| 许可证类别及科（室）名称 |  |
| 医疗机构类别 |  |
| 日常监督管理机构 |  |
| 投诉举报电话 |  |
| 发证机关 |  |
| 签发人 |  |
| 发证日期 |  |
| 有效期至 |  |