医疗机构制剂室基本信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮编 |  |
| 配制地址 |  |
| 原制剂许可证证号 |  | 始建时间 |  |
| 医疗机构类别 |  | 法定代表人 |  |
| 分管院长 |  | 职称 |  | 所学专业 |  |
| 制剂室负责人 |  | 职称 |  | 所学专业 |  |
| 文化程度 |  | 职务 |  | 任职时间 |  |
| 质量管理负责人 |  | 职称 |  | 所学专业 |  |
| 文化程度 |  | 职务 |  | 任职时间 |  |
| 药检室负责人 |  | 职称 |  | 所学专业 |  |
| 文化程度 |  | 职务 |  | 任职时间 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | 传真 |  |
| 手机 |  | E-mail |  |
| 制剂配制总人数(人) |  | 其中研究生学历(人) |  |
| 大学本科学历（人） |  | 大专学历（人） |  |
| 制剂室建筑面积 |  | 固定资产原值（万元） |  |
| 经批准配制品种数 |  | 常年配制品种数 |  |
| 配制范围 |  |
| 配制名称 | 剂型 | 上年配制能力 | 上年使用量 | 是否委托生产 | 是否委托检验 | 上年利润额 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 备 注 |  |

注：填写空间不够，可另加附页。