

表 14

定点零售药店申请表

申请单位：_____

申请时间：_____年____月____日

定点零售药店申请表

药店名称					
营业执照号				法定代表人	
所有制形式				所在辖区	
企业负责人				质量负责人	
药店营业地址					营业面积
联 系 人				联系电话	
药品经营许可证号					
药店开户名称					
药店开户行					
药店开户账号					
人 员 构 成	注册执业药师	姓名： 注册地：			
	收 银 员	姓名：			
	营业员及其他人员数				
	合计人数				

