

附件6

河南省门诊特定药品剂型变更申请表

姓名		身份证件号码	
联系电话		参保类别	
定点医疗机构名称			
是否双通道		双通道药店名称	
已审批药品通用名		药品对应病种名称	
已审批药品规格 (多规格的用“，”隔开)		拟变更药品规格 (多规格的用“，”隔开)	
已审批药品商品名 (无商品名的填写厂家名称)		拟变更药品商品名 (无商品名的填写厂家名称)	
已审批药品剂型		拟变更药品剂型	
新剂型用法用量			
治疗期限	年 月 日至 年 月 日		
更换剂型申请摘要：			
责任医师签名： 年 月 日			
参保地经办机构/定点医疗机构意见（盖章） 年 月 日			