附件4

静脉输注抗菌药物资质核准申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 地址 |  |
| 医疗机构执业许可证（诊所备案凭证）登记号 |  | 核准诊疗科目 |  |
| 主要负责人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 申请单位自查情况 |   主要负责人签名：（医疗机构盖章） 年 月 日 |
| 主管部门（单位）审核意见 | 合格（） 不合格（）不合格原因： |
| 经办（单位）科室负责人（签字）： 年 月 日 | 主管业务领导（签字）： 年 月 日 |