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 | |