附件2

省直医疗保险协议管理零售药店申请表

申请单位：（公章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **药店名称** |  |
| **药店地址** |  |
| **药店类别** | □连锁门店 □ 单体 |
| **申请药店类别** |  □普通零售  |
| **法定代表人** |  | **联系电话** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **营业执照号码** |  |
| **药品经营许可证号码** |  |
| **经营药品品种** | **西药：** |
| **中成药：** |
| **中药饮片：** |
| **成立时间** |  年 月 日 | **营业面积** | （㎡） |
| **药店总人数** |  （人） | **参保人数** |  （人） |
| **执业药师配备情况** | 共 名 |