

附件 2

省直“双通道”医保协议管理定点零售药店 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	<input type="checkbox"/> 连锁门店 <input type="checkbox"/> 单体		
申请药店类别	<input type="checkbox"/> 普通零售药店 <input type="checkbox"/> DTP 药店		
法定代表人		联系电话	
营业执照号码			
药品经营许可证 号码			
单位社会保险 登记证编码			
成立时间	年 月 日	营业面积	(m ²)
药店总人数	(人)	参保人数	(人)
执业药师配备情况	共 名		