附件2：

**中江县精神病医院新药申请表**

 申请时间：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 申请内容 | 药品通用名称 | 商品名 | 剂型 | 规格 |
|  |  |  |  |
| 包装 | 储存条件 |
|  |  |
| 基药类型 | 中选信息 |
|  |  |
| 医保属性 | 药品本位码 |
|  |  |
| 生产厂家及联系电话 | 配送商及联系电话 |
|  |  |
| 挂网价格 |  | 自主报价 |  |
| 是否为区域销售代理品种 | □是 □否 |
| 代理商名称及联系电话 |  |
| 申请单位代表签字（电话） |  |