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） | | |  | | | | |