**附件2：**

**吉林市医疗保险特药定点零售药店评估申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | | |  | | | | | |
| 所属企业（集团）名称 | | |  | | | | | |
| 单位地址 | | |  | | | | | |
| 企业类型 | | |  | | | 经营方式 |  | |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | 药品经营许可证号 |  | |
| 药店GSP认证证书编号 | | |  | | | 营业面积 |  | |
| 法定代表人姓名及联系电话 | | |  | | | | | |
| 医保负责人姓名及联系电话 | | |  | | | | | |
| 具备销售特药品种数量 | | |  | | | 职工参保人数 |  | |
| **医师、药学技术人员情况**  姓名  执业资格或职称  是否在职 | | | | | | | | |
| 人员数量  （人） | 执业药师 | 医师 | | 营业人员 | | 其他人员 | | 小计 |
|  |  | |  | |  | |  |
| 零售药店（盖章）:  年 月 日 | | | | | 企业（集团）盖章：  年 月 日 | | | |
| 医保经办机构初审意见（盖章）：  年月日 | | | | | | | | |