教学、科研用特殊药品购用申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 邮政编码 |  |
| 注册地址 |  | 联系电话 |  |
| 法定代表人（签字） |  |
| 具体经办人 |  | 身份证号码 |  |
| 科研项目及用途 |  |
| 药品名称 | 规格 | 数量 | 供应单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 市局意见经办人: 负责人： 年 月 日 |