**麻醉药品、第一类精神药品运输证明申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请运输单位 |  |
| 地址 |  |  |  |
| 经办人 |  | 身份证号码 |  |
| 电话（区号） |  | 联系电话 |  |
| 运输期限 | 自　　年　　月　　日起至　　年　　月　　日止 |
| 申请运输麻醉药品、第一类精神药品名称＊： |
| 　　　　　　　　　　　申请单位盖章　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |

＊药品名称以国家批准的药品注册证明文件为准。