**《麻醉药品、精神药品邮寄证明》申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 寄件单位名称 |  | | | | | |
| 寄件单位地址 |  | | | | | |
| 收件单位名称 |  | | | | | |
| 收件单位地址 |  | | | | | |
| 邮政营业机构（投寄地） | |  | | | | |
| 投 寄 期 限 | 年   月   日 至      年   月   日 | | | | | |
| 寄件单位经办人 |  | | 身份证号码 | | |  |
| 寄件单位交寄人 |  | | 身份证号码 | | |  |
| 申请事项 | 申请核发《麻醉药品、精神药品邮寄证明》，本企业对所提交材料的实质内容真实性负责。  申请单位盖章  年 月 日 | | | | | |
| 申请邮寄麻醉药品、精神药品详情单（如表格不够，可续表） | | | | | | |
| 药品名称 | 规格 | | | 单位 | 药品数量 | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
| 审批情况 | 年 月 日 | | | | | |

注：药品名称以国家批准的药品注册证明文件为准，本表一式一份，填写完毕后，请将空白栏注销。