**《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。