教学、科研用特殊药品购用申请表

企业名称	*******学校	邮政编码	136000
注册地址	四平市铁西区***街道 88 号	联系电话	56456456
法定代表人（签字）		------	
具体经办人	----	身份证号码	220202----------
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