

麻醉药品、第一类精神药品运输证明申请表

申请运输单位	*****公司		
地 址	----号		
经 办 人	李三	身份证号码	343535353
电话（区号）	0434	联系电话	232312
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。