附件2

医疗机构抗菌药物供应目录备案表

医疗机构名称（公章）： 联 系 人：

报备日期： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 抗菌药物分类 | 管理级别 | 药品通用名称 | 剂型 | 规格 | 生产企业 | 批准文号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：加盖公章的PDF扫描件连同电子版发送至tjsgrxjbzlkzzx@tj.gov.cn，区属医疗机构按照各区卫生健康委的要求报送至各区卫生健康委。