附件5

医疗机构制剂注销批准文号品种信息汇总表

申请人名称（公章）： 申请人地址：

联系人： 联系电话： 手机：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **地区** | **注册证号** | **制剂名称** | **制剂类别** | **剂型** | **规格** | **批准文号** | **批准日期** | **批准文号有效期至** | **执行标准** | **包装规格** | **制剂有效期** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.申请人为医疗机构。2.地区填写地级市。3.制剂类别填写中药制剂、化学药制剂、生物制品。4. 规格与医疗机构制剂注册证中规格项保持一致。5.批准日期填写前次再注册批准日期；新批准未进行过再注册的填写首次批准日期。8.执行标准填写标准编号。

附件5

医疗机构制剂注销批准文号品种信息汇总表

申请人名称（公章）： 申请人地址：

联系人： 联系电话： 手机：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **地区** | **注册证号** | **制剂名称** | **制剂类别** | **剂型** | **规格** | **批准文号** | **批准日期** | **批准文号有效期至** | **执行标准** | **包装规格** | **制剂有效期** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.申请人为医疗机构。2.地区填写地级市。3.制剂类别填写中药制剂、化学药制剂、生物制品。4. 规格与医疗机构制剂注册证中规格项保持一致。5.批准日期填写前次再注册批准日期；新批准未进行过再注册的填写首次批准日期。8.执行标准填写标准编号。