附 件３

《医疗机构制剂许可证》换发审核意见表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 注册地址 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | |
| 医疗机构类别 |  | 法定代表人 |  |
| 制剂室负责人 |  | 质量负责人 |  |
| 原许可证编号 |  | 许可证有效期 | 5年 |
| 原配制地址和配 制范围 |  | | |
| 省局分局  审核意见 | 同意换证的配制地址、配制范围：  不同意换证的配制地址、配制范围：  (公章)  年 月 日 | | |
| 其他需要说明的 问题 |  | | |