附件3

**淋巴瘤患者全程管理项目**

**药房申请表**

**一、药房基本信息**

|  |  |
| --- | --- |
| 药房名称 | 　 |
| 药房地址 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 药房电话 | 　 | 传真电话 | 　 |
| 项目负责人  | 　 | 联系电话 | 办公室： | 手机： |
|  | 电子邮箱 | 　 |
| 申报经办人 | 　 | 联系电话 | 办公室： | 手机： |
| 电子邮箱 | 　 |
| 具备药店端信息化患者服务的系统管理能力 | 是 □  | 否 □  |
| 推荐示范中心单位 |  |  |
| 推荐人姓名 |  | 联系电话 | 办公室： |  | 手机： |
| 推荐人推荐理由 |  |
| 推荐人意见及签字 |  |

**二、淋巴瘤患者管理药房基本信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. 药房营业执照** | 是□ 否□ |
| 备注：此处可插入相关证明材料图片 |
| **2. 药房经营许可证** | 是□ 否□ |
| 备注：此处可插入相关证明材料图片 |
| **3. GSP证书** | 是□ 否□ |
| 备注：此处可插入相关证明材料图片 |
| **4. 执业药师证** | 是□ 否□ |
| 备注：至少1人，此处可插入相关证明材料图片 |
| **5. 为患者提供服务的信息化系统** | 是□ 否□ |
| 患者随访软件、随访登记表介绍等 | 备注：，此处可插入相关证明材料图片 |

**三、申报说明**

 **真实性声明：**

本药房承诺所提供的资料真实、有效，愿意承担全部法律责任。

药房负责人（签字）：

单位公章

年 月 日