附件2

贵州省医疗保障定点零售药店申办受理表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | | | |
| 申请人 |  | 联系电话 |  | 申请时间 |  |
| 申请人签字：    年 月 日 | | | | | |
| 受理单位 |  | | | | |
| 受理人 |  | 受理编号 |  | 受理时间 |  |

经审核，提交申请资料齐全，符合受理条件，予以建档受理：

1. 本表仅作为受理凭证，与评估结果无必然联系；
2. 本表一式两份，一份交由申请人，一份由受理单位留存。