附件 2

济南市“双通道”医保协议管理定点零售药店 申请表

申请单位：（公章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **药店名称** |  |
| **药店地址** |  |
| **药店类别** | □连锁门店 □ 单体 |
| **申请药店类别** | □ 普通零售药店 □DTP 药店 |
| **法定代表人** |  | **联系电话** |  |
| **营业执照号码** |  |
| **药品经营许可证** **号码** |  |
| **单位社会保险** **登记证编码** |  |
| **成立时间** | 年 月 日 | **营业面积** | （㎡） |
| **药店总人数** | （人） | **参保人数** | （人） |
| **执业药师配备情况** | 共 名 |