附件2：

**四川大学华西第四医院新药申请表**

 申请时间：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 申请内容 | 药品通用名 |  |
| 商品名称 |  |
| 规格 |  |
| 生产厂家 |  |
| 配送商及电话 |  |
| 挂网价格 |  | 自主报价 |  |
| 是否为区域销售代理品种 | □是 （填写代理名称及电话） □否 |
| 生产厂家或配送企业是否有我院职工或亲属任职 | □是 （填写我院职工姓名及职务） □否 |
| 申请单位代表签字 |  |