附件3：

**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 | 剂型 | 规格 |
|  |  |  |  |
| 包装 | 医保属性 |
|  |  |
| 配送商及联系电话 | 是否与我院职工有亲属关系 |
|  | □是 职工姓名及职务： □否 |
| 挂网价格 |  | 自主报价 |  |
| 是否为区域销售代理品种 | □是 □否 |
| 代理商名称及联系电话 |  |
| 申请单位代表签字 |  |