**附件1.新药品规申请表**

**三六三医院**

**新药品规申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通用名 |  | 商品名 |  |
| 药品批准文号 |  | 剂型 |  |
| 规格 |  | 价格 |  |
| 药品配送企业  （填写2家） |  | 新药类别（国家基药、国谈品种、国家集采品种、其他） |  |
| 生产厂家 |  | 分包装厂家 |  |
| 国家医保编号 |  | 医保类别： | 医保甲□ 医保乙□ 自费□ |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 主要用途或适应证 |  | | |
| 用法、用量及疗程 |  | | |
| 循证依据（治疗指南或专家共识） | **填写最新治疗指南或专家共识名称即可** | | |

填表时间： 2022年 月 日

**企 业（公章）：**

**年 月 日**