附件3

平罗县“一业一证”行业综合许可申请表

（药店）

单位名称：

申 请 人：

联系电话：

申请日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| ①单位基本情况 |
| 市场主体名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 住所 |  | 法定代表人（负责人） |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 经营场所地址 |  | 所在建筑名称 |  |
| 企业经营性质 |  | 经营范围 |  |
| 企业设施设备 |  |
| 企业组织机构情况 |  | 质量负责人学历、职称证明 |  |
| 建筑结构 |  | 建筑层数（地上／地下） |  |
| 使用层数（地上／地下） |  | 占用建筑面积 |  |
| ②申请事项情况 |
| ③申请项目 | 口药品经营许可（填写本表④、⑨部分）口公共场所卫生许可（填写本表⑨部分）口公众聚集场所投入使用，营业前消防安全检查（填写本表⑤、⑨部分）口食品经营许可（填写本表⑥、⑨、⑩、⑪部分）口第二类医疗器械经营备案（填写本表⑦、⑨、⑪?部分）口第三类医疗器械经营许可（填写本表⑦、⑨、⑪部分）□网络销售医疗器械备案（填写本表⑧部分） |
| ④药品经营范围 | 处方药非处方药 | 中药饮片 中成药 化学药制剂 抗生素制剂生化药品 诊断药品 二类精神药品 毒麻中药饮片生物制品（除疫苗） |
| □非处方药 | □中成药 □化学药制剂 □抗生素制剂 □生化药品 |
| 口乙类非处方药 | 口中成药 □化学药制剂 □抗生素制剂 □生化药品 |
| ⑤公众聚集场所投入使用，营业前消防安全检查 | 现有消防设施 | □火灾自动报警系统 □自动喷水灭火系统□气体灭火系统□泡沫灭火系统 □机械防烟系统 □机械排烟系统 口消防控制室□室内消火栓□室外消火栓 口消防电梯 □应急广播 □应急照明口疏散指示标志□其他消防设施：口安全出口 数量：□灭火器 种类、型号和数量： |
| ⑥食品经营许可 | 预包装食品销售（□含冷藏冷冻食品 □不含冷藏冷冻食品）特殊食品销售（口婴幼儿配方乳粉 □其他婴幼儿配方食品 口保健食品销售口特殊医学用途配方食品）是否利用自动售货设备从事食品销售：□是 口否是否含网络经营：□是 口否 |
| ⑦第二类医疗器械经营备案、第三类医疗器械经营许可 | 组织机构图及部门设置说明 |  |
| 经营范围及经营方式情况说明 |  |
| 经营模式 | □经营医疗器械□为其他生产经营企业提供贮存、配送服务其他情况： |
| 经营范围（2002年分类目录） | II 类: I类: |
| 经营范围（2017年分类目录） | II 类: I类: |
| ⑧计算机系统设置情况 | 计算机管理系统基本情况介绍及功能说明:具体说明计算机管理系统软件，确保满足经营全过程质量控制并具有可以通过计算机网络实现接受当地药品监管部门监管的条件。从事网络销售的，应说明网站名称，网络客户端应用程序名、网站域名、网站IP地址、电信业务经营许可证或者非经营性互联网信息服务备案编号等情况。 |
| ⑨安全、质量管理人员情况 |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 学历／职称 | 岗位性质 |  证件类型 | 证件号码 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  | 药学技术人员 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 食品安全管理人员 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 卫生管理人员 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 医疗器械负责人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 消防安全责任人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 消防安全管理人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 自动消防系线操作人员（如有） |  |  |  |  |
| ⑩从业人员情况 |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 证件类型 | 证件号 | 电话 | 健康证编号 | 工种 | 发证单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑪与经营范围相适应的设施设备情况 |
| 序号 | 名称 | 数量 | 位置 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 法定代表人/负责人签字：（公章）年 月 日申请人在申报系统填报后，此表自动生成。申请人打印，签字盖章后上传。 |