附件：

**蛋白同化制剂、肽类激素**

**定点经营申请表**

申请单位名称(公章)：XXXX医药有限公司

联 系 人：XXX

联系电话：XXX

申请日期： 　　年 月 日

辽宁省食品药品监督管理局 制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | XXXX医药有限公司 | | | | | |
| 法定代表人 | XXX | 联系电话 | | | XXX | |
| 经营地址  （原注册地址） | XX市XX区XX街XX号 | | | | 邮编 | XXX |
| 仓库地址 | XX市XX区XX街XX号 | | | | | |
| 仓库面积 | XXX | | | | | |
| 许可证编号 | 辽AXXXXXX | | 有效期 | XXX | | |
| 企 业 具 备 定 点 经 营 情 况 说 明    企 业 具 备 定 点 经 营 情 况 说 明 |  | | | | | |