**领用必备药品审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 |  | 申请时间 |  | 药品种类 |  |
| 领用药品事由及明细：  **（本次申请药品详见一览表，急救备用药品目录外的麻醉、精神、高危药品须在此审批表填写明细）** | | | | | |
| 申请科室护士长意见：  签 名: 年 月 日 | | | | | |
| 申请科室主任意见：  签 名: 年 月 日 | | | | | |
| 药剂科主任审批意见：  签 名: 年 月 日 | | | | | |
| 医务科主任审批意见：  签 名: 年 月 日 | | | | | |
| 业务院长审批意见：  签 名: 年 月 日 | | | | | |