医保定点零售药店协议签订情况统计表

填报单位（盖章）： 协议签订年度：2023年

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 定点药店名称 | 药店地址 | 法人姓名 | 电话号码 | 签约时间 | 备注（续签或新增） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

主要负责人： 分管领导： 股室负责人： 填报人： 填报时间： 年 月 日