**长春市医疗保险定点零售药店签约申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 | {name} | | | | | |
| 注册地址 | {address} | | | | | |
| 定位地址 | {locationAddress} | | | | | |
| 统一社会信用代码 | {creditCode} | | | | | |
| 药品经营许可证号 | {business} | | 药品经营许可证  有效期限 | | {timeLimit} | |
| 所属区域 | {Region} | | 营业时间 | | {yingYeTime} | |
| 职工参加医疗保险情况 | {insurance} | | 成立时间 | | {setDate} | |
| 经营方式 | {practice} | | 营业面积 | | {area} | |
| 药店等级 | {level} | | 驻店药师 | | {pharmacist} | |
| 法人代表 | {member} | | 联系电话 | | {memberTel} | |
| 医保负责人 | {ybCharge} | | 联系电话 | | {ybChargeTel} | |
| 药学技术人员数 | 高级 | {techH} | 中级 | {techM} | 低级 | {techL} |
| 营业人员 | {yingyeNum} | | | | | |