附件2

医疗机构制备正电子类放射性药品申请表（再次备案）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | |
| 注册地址 | |  | | |
| 法定代表人 | |  | 联系电话 |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 放射性药品使用许可证号及类别 | | |  | |
| 正电子类放射性药品备案批件号 | | |  | |
| 申请制备的正电子类放射性药品情况 | 药品通用名称：  药品英文名/拉丁名：  剂型：  药品有效期：  药品标准： | | | |
| 制备药品科室名称：  制备地点：  科室负责人及联系电话：  负责药品制备的专职技术人员：  负责药品质量控制的专职技术人员： | | | |
| 所用合成模块的生产商、型号、序列号： | | | |
| 申请单位（盖章）  主管院长（签字）  日期： 年 月 日 | | | | |