附件3

**济宁市基本医疗保险定点零售药店**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **药店名称** |  |
| **详细地址** |  |
| **经营形式** | **连锁（ □ 直营、 □ 加盟）、 □单体** |
| **药品经营许可证号码及批复时间** |  |
| **负责人** |  | **联系电话** |  |
| **工作人员** | **人** | **药 师** | **人** | **药店建筑面积** |  |
| **上年度业务收入** |  | **药品品种** |  |
| **工作人员参加社会保险情况** |
| **姓名** | **身份证号码** | **养老** | **医疗** | **工伤** | **失业** | **生育** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **申****请****内****容** |  **（申请单位印章）****法人代表签字： 年 月 日** |
| **医****疗****保****险****经****办****机****构****意****见** |  **（印章）****负责人签字： 年 月 日** |