**衛生福利部食品藥物管理署**

**冷鏈藥品運銷對象調查表(填寫範例)**

**藥商名稱：** (受文藥商)

公司章

說明：

1. 請填寫公司冷鏈藥品近三年內所有運銷對象(經銷商)。
2. 「項目數量」請依許可證張數填寫，如同一張許可證包含不同劑量時，計為「1張」。
3. 如運銷對象「全數」為醫療院所(醫院、診所)或藥局者，請於表格填寫「僅醫療院所」。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | (下游經銷商)藥商名稱 | 販賣業藥商許可執照字號 | 營業項目 | 電話 | 地址 | 冷鏈藥品項目數量 |
|  |  |  | □西藥□中藥□醫療器材 |  |  |  |
|  |  |  | □西藥□中藥□醫療器材 |  |  |  |
|  |  |  | □西藥□中藥□醫療器材 |  |  |  |
|  |  |  | □西藥□中藥□醫療器材 |  |  |  |

填寫人： 填寫日期：