

第一、二級管制藥品增量申請書（醫療機構用）

醫療機構名稱：_____ 管制藥品登記證號：_____
 醫療機構地址：_____ 醫院評鑑等級：_____
 管制藥品管理藥（醫）師：_____ 藥（醫）字第_____號
 總病床數：_____床 聯絡人：_____ 聯絡電話：_____
 擬申請增量之管制藥品名稱：_____ 成分單位含量：_____
 管制藥品藥品許可證字號：衛署藥□製□輸□字第_____號

使用該管制藥品科別	是否有專科醫師 請以 V 表示			適應症
	是	人數	否	

擬申請 購用限量	曾核准購用限量 (未曾增量者填寫 公告購用限量)	最近三年每年總使用量			擬申請之購用限量	
		年	年	年	每年預定 申購次數	每次申購量

請詳述增量理由（如給藥方式改變，病患人數增加，病床數增加，新增適應症及其他相關理由等，並依病患疾病科別敘明增加情形）

負責人簽章：_____ 醫療機構印信戳記

管理人簽章：_____

申請日期：_____年_____月_____日

備註：本表應詳實填寫，如不敷使用，請影印填寫；填妥後請寄衛生福利部食品藥物管理署憑辦
 衛生福利部食品藥物管理署地址：115 臺北市南港區昆陽街 161 之 2 號電話：02-2787-7619 傳真：
 02-2653-1179