

## 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