

# 醫藥教育研究試驗計畫使用管制藥品變更申請書

計畫主持人姓名		身分證 統一編號		申請日期	年 月 日
醫藥教育研究試驗計畫名稱				變更原因 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 增加藥品品項 <input type="checkbox"/> 增加使用量 <input type="checkbox"/> 延長使用期限 <input type="checkbox"/> 增加執行地 <input type="checkbox"/> 變更計畫主持人 <input type="checkbox"/> 其它
執行計畫期間	<input type="checkbox"/> 已核准計畫使用期間：自 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 本次申請延長使用期限：擬延至 年 月 日				
計畫聯絡人電話或 Email	( ) @		傳真號碼	( )	
增加使用管制藥品品項及數量	項次	藥品名稱	管制藥品成分及含量	製造廠名稱及國別	執行期間需用量
		共計 種藥品			
增加計畫執行地及子計畫主持人	序號	機構名稱及地址			主持人
應檢附資料	<input type="checkbox"/> 檢附原核准及歷次核准之函文影本 <input type="checkbox"/> 請敘明本次變更事項之理由 <input type="checkbox"/> 需增加使用量之估算說明				
申請機構業者名稱				管制藥品登記證字號	
機構業者地址(登記證)	郵遞區號	縣(市)	鄉(鎮市區)		
		路(街)	段 巷 弄	號	樓
機構負責人簽章				機構或業者印信戳記	
管制藥品管理人簽章					
計畫主持人簽章					
備註					