**辽宁省药品流通行业2019年度《健康服务优秀药店》申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **药店名称** | |  | | | | | | |
| **经营地址** | |  | | | | | **邮编** |  |
| **经营面积** | |  | **经营品规** |  | | **职称人数** |  | |
| **申报联系人** | |  | **联系电话** |  | | **传真/邮箱** |  | |
| **重要事迹** |  | | | | | | | |
| **单位意见** | | | | | **评委会意见** | | | |
| （公章）  年 月 日 | | | | | （公章）  年 月 日 | | | |