**附件2**

**2019年浙江省优秀县级（含县级市、区）**

**医院药事管理质控中心推荐表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 中心名称 | |  | | |
| 负 责 人 | |  | 工作单位 |  |
| 职务职称 | |  | 办公电话 |  |
| 手机号码 | |  | 电子邮箱 |  |
| 地 址 | |  | 邮 编 |  |
| 中心简介及主要工作总结 | （不得少于一千字，可另行附页） | | | |
| 依托单位意见 | 负责人：  单位盖章：  年 月 日 | | | |
| 所在辖区地级市药事质控中心意见 | 负责人：  单位盖章：  年 月 日 | | | |
| 省药事管理质控中心意见 | 负责人：  单位盖章：  年 月 日 | | | |

（一式两份，盖章有效）