



中华人民共和国  
医疗机构制剂许可证

医疗机构名称：

编号：

注册地址：

配制地址和配制范围：

社会信用代码：

医疗机构类别：

法定代表人：

制剂室负责人：

质量负责人：

有效期至：

年 月 日

发证机关：

日常监管机构：

签发人：

日常监管人员：

监督举报电话：12331



年 月 日