医疗机构自查问题表

填报单位（盖章）：                   填报时间：                  联系方式：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 具体药品名称 | 规格 | 具体问题 | 具体原因 |
|   | 阿托伐他汀口服常释剂型 | 10mg | 未完成任务量 |   |
|   |   |   | 网采平台数据与同期进销存数据不一致 |   |
|   |   |   | …… |   |
|   | 培美曲塞注射剂 | 100mg |   |   |
|   |   |   |   |   |

医疗机构主要负责人签字：                         填表人：