**BIDC-QRD-JSA-010**

**复 验 申 请 表**

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请复验单位名称 | （盖章） |
| 申请复验单位地址 |  |
| 申请复验单位联系电话 |  | 邮编 |  |
| 申请复验单位经办人 |  | 申请日期 |  |
| 申请复验的药品名称 |  |
| 批 号 |  | 规格/型号 |  |
| 复验样品的药品上市许可持有人 |  |
| 原药品检验机构名称 |  | 药品检验报告书编号 |  |
| 申请复验项目及理由 | （如填写不下，可另附纸） |
| 复验单位申请复验的药品检验机构性质 | □ 原药品检验机构□ 上一级药品监督管理部门设置或指定的药品检验机构□ 国务院药品监督管理部门设置或指定的药品检验机构 |
| 复验单位申请复验的药品检验机构名称 |  |
| 备注： |