

臺南市政府衛生局藥品驗章申請書

申請業者名稱： 為驗章產品之 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 輸入業者				產品類別： <input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 西藥			
				地址： 承辦人及聯絡電話：			
申請驗章產品資訊 (欄位請依需求自行增列)							
項次	品名	許可證字號	規格	批號	產品效期	申請數量	包裝單位
驗章原因或依據： <input type="checkbox"/> 由衛生福利部核發之查驗登記資料變更核准函 <input type="checkbox"/> 發文日期及發文字號：(並檢具來函影本○份) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 其他：				業者簽章 (請加蓋：藥商及負責人或申請人印章)			
				申請日期：中華民國 年 月 日			

註：藥品製造或輸入業者辦理第三級回收之藥品驗章，相關規定請參考藥事法第 80 條及藥品回收處理辦法。

註：本表申請辦理驗章之數量如有異動，於本局稽查人員赴廠點驗當日，業者應提具相關證明文件。(即自本表申請之日起至本局點驗當日止之銷售或出貨紀錄)。