**麻醉药品、精神药品邮寄证明申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 寄件单位名称 | 寄件单位/企业名称（与提供的证照信息一致） | | | | | |
| 寄件单位地址 | 寄件单位/企业地址（与提供的证照信息一致） | | | | | |
| 收件单位名称 | 收件单位/企业名称 | | | | | |
| 收件单位地址 | 收件单位/企业地址 | | | | | |
| 邮政营业机构  （投寄地） | | | 邮政营业机构名称 | | | |
| 投寄期限 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 寄件单位经办人 | | 经办人姓名 | | 身份号码 |  | |
| 寄件单位交寄人 | |  | | 身份号码 |  | |
| 单位资质证明文件有无变更事项：  有变更事项的，请提供本办法规定的单位资质证明文件；  无变更事项的，可不重复提供，请法人签字确认： | | | | | | |
| 申请邮寄麻醉药品、精神药品详情单 | | | | | | |
| 品　名 | 规　格 | | | 单　位 | | 数　量 |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |

本表由申请单位盖章有效，填写完毕后，请将空白栏注销。

申请行政许可委托书

企业名称： （盖章）

委 托 人：

委托代理人：

联系方式：手机（必填） 固定电话

委托事项：办理该企业 业务。

委托权限为：

□提供受理机关所需的材料；

□根据受理机关的要求补正材料；

□签收有关文书和证件，并转送申请人。

□其他：

委托有效期限：

年 月 日至 年 月 日止。

委托代理人代表委托人在委托期限办理委托事项所发生的法律责任一律由委托人承担。

|  |
| --- |
| （请在此处粘贴被委托人身份证明复印件正、反面） |

委托人签名： 被委托人签名：

年 月 日 年 月 日

填报说明：

1、“企业名称”一栏：若申请人为公司、非公司企业法人、非公司外资企业、农民专业合作社、个人独资企业、合伙企业的，则填写该企业名称并加盖企业公章；若申请人为分支机构的，则填写隶属企业名称并加盖隶属企业公章；

2、“委托人签字”一栏：企业为公司、非公司企业法人、非公司外资企业、农民专业合作社由法定代表人签字，合伙企业由执行事务合伙人（含委派代表）签字，个人独资企业由投资人签字；若为分支机构的，则由隶属企业法定代表人签字。