**中国医学科学院肿瘤医院医师名章补办申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名： | 科 室： |
| 入院时间： | 技术职称： |
| 是否获得处方权： □ 是 □ 否 |
| 是否获得麻精类药品处方权： □ 是 □ 否 |
| 名章编号： |
| 名章补办原因：申请时间： 年 月 日 |
| 本人签字： | 科主任签字： |
| 领取人签字： 领取时间： 年 月 日 |