**附件1**

**吉林省基层药品网采系统电子钥匙补办申请表**

**申请时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **岗位名称** | | **补办人姓名** | **联系电话** | **补办人员签名（正楷手写）** |
| **1** |  | |  |  |  |
| **2** |  | |  |  |  |
| **3** |  | |  |  |  |
| **医疗机构（盖章处）：** | | | | **法人（签章处）：** | |
| **邮寄信息** | |  | | | |

说明：1、岗位名称：网采经办岗位、网采财务岗位、网采审核岗位。

2、补办人签名需要使用正楷字体认证书写。