



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

« فرم بررسی تقاضای تأسیس داروخانه در کمیسیون قانونی ماده 20 »

الف (مشخصات متقاضی :

1- نام : نام خانوادگی :
فرزند : شماره شناسنامه :
تاریخ تولد : محل تولد :
ساکن : شماره ملی :
تلفن :

جمع	شبانه روزی			نیمه وقت			روزانه			3- امکانات دارویی محل
	داخلی بیمارستان	داخلی درمانگاهی	آزاد	داخلی بیمارستان	داخلی درمانگاهی	آزاد	داخلی بیمارستان	داخلی درمانگاهی	آزاد	
										تعداد داروخانه های دایر دارای مجوز تأسیس
										تعداد داروخانه های دایر فاقد مجوز تأسیس
										تعداد مجوزهای دارای مهلت تأسیس داروخانه جهت بهره برداری در محل

										تعداد داروخانه هایی که به طور موقت تعطیل می باشند.
										جمع

ب) مشخصات محل مورد تقاضا جهت تأسیس داروخانه :

1- نام محل مورد تقاضا (به تفکیک شهر یا روستا) :

جمعیت شهر یا روستای مورد تقاضا :

امکانات درمانی محل :

تعداد مطب آزاد : تعداد بیمارستان :

تعداد درمانگاه (دولتی و خصوصی) :

ج) نوع داروخانه مورد تقاضا :

روزانه نیمه روز شبانه روزی

نام و نام خانوادگی کارشناس تکمیل کننده فرم :

تاریخ و امضاء