从业药师	人	从业中药师	人
其他药师	人	药师总人数	人
已设主要管理制度、工作台账名称			
具备条件简介（按统筹区评估项目提供，办理材料2-7项及本表以上栏目包含内容无须介绍，本栏可另附页提供）			
单位承诺	本单位承诺： 1.本单位不存在《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》规定的不予受理定点申请的情形； 2.本单位所有填报的资料全部真实、完整、合法有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。 法定代表人签字：　　单位公章： 年　　月　　日		

备注：本表（含附页，下同）及提供的办理材料需加盖单位公章。本表需同时提交电子版本。