

附件 4

# 长宁区特殊人群长期门诊代配药核查报表

XXXX 年 第 X 季度

机构名称:

序号	受托人姓名/身份证号码	委托人姓名/身份证号码
1	李四/310105XXXXXXXXXX	王 XX/310105XXXXXXXXXX
2	李四/310105XXXXXXXXXX	陈 XX/310106XXXXXXXXXX
3	李四/310105XXXXXXXXXX	赵 XX/310105XXXXXXXXXX
4	张三/310105XXXXXXXXXX	孙 XX/310105XXXXXXXXXX
5	张三/310105XXXXXXXXXX	王 XX/310107XXXXXXXXXX
6	张三/310105XXXXXXXXXX	钱 XX/310105XXXXXXXXXX
7	张三/310105XXXXXXXXXX	武 XX/310102XXXXXXXXXX
:		
:		
:		
:		
:		
:		
:		
:		
:		
20		

填表日期:

填表人: