**附件1**

**药品不良反应辅助上报工具试点部署申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名称： | 医院等级： |
| HIS系统服务商：  |
| 部署辅助医疗机构上报不良反应工具的方式：□与HIS进行数据集成 □独立部署 |
| 单位地址： 邮编： |
| **联系人**姓名： 职务： 电话： 邮箱/QQ/微信：  |
| 申请单位意见：我单位申请试点部署药品不良反应辅助上报工具。 申请单位盖章年 月 日 |