**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 | |