附件1

深圳市化妆品不良反应监测哨点申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | 法人 |  |
| 联系地址 | |  | | | | 邮编 |  |
| 联系人 | |  | 电话/传真 |  | | E-mail |  |
| 化妆品不良反应监测机构设置情况 | 监测工作领导小组 | 部门 | 姓名 | | 职务/职称 | 固话 | 手机 |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| 专（兼）职监测人员 |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| 工作流程规范和工作制度：（收集、调查、分析、评价、上报的操作流程规范；不良反应报告和监测工作制度） | | | | | | | |
| 申请单位意见：  盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 市药品监测中心审核意见：  盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 市食品药品监督管理局审批意见：  盖章  年 月 日 | | | | | | | |

注：如表格位置不够，可另附A4纸补充；此表一式四份，双面打印。