

## 药品监管部门对药店及相关人员处理情况

\_\_\_\_\_医疗保障局：

按照\_\_\_\_\_，我单位于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日对\_\_\_\_\_给予\_\_\_\_\_的处理，现将情况抄告你局，请按照《四川省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》的规定，对相关人员进行记分。

药品监管部门名称并盖章

年 月 日