

序号	药品名称	规格	采购方式		采购总量		采购总费用	院内使用总数
			是否纳入医院基本用药 供应目录	临时采购	本月采购数	上月末库存数		
——								
——								
——								
——								
——								
——								
——								
——								
——								
275								

填报人：

联系方式：