

附 件

山东省省级仿制药质量和疗效一致性评价
补助资金申报表

企业名称	
注册地址	
通过评价的 品种名称	
联系人及电话	
开 户 行	
账 号	
申报补助资金 品种简述	
省食品药品监督 管理局意见	<p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>