附件1：

药品生产企业检验能力评估报名表

项目名称：头孢呋辛钠HPLC法含量测定

企业名称：

地址： 邮编：

联系人： 手机：

电话： 传真：

E-mail：

企业代码（由省食品药品检验研究院填写）：

 说明：填写后请于8月20日前将此表电子版发送至sdyjywk@163.com， 盖章原件寄至省院联系人（时间以当地邮戳为准），过期视为自动放弃参加。

 负责人签名：

 单位盖章：

 年 月 日