

藥品供應情形調查表

項次	健保碼	中文名稱	英文名稱	前一個月 最後一天庫存量	目前庫存預計 可供應至（年/月）	預估未來 3 個月 月平均供應量	下一批輸入		如有缺藥之虞是否已 通報TFDA（是/否）	聯繫窗口			備註*
							日期	數量		姓名	電話	電子郵件	

填報廠商：

填表日：

*「備註」欄位：如訂單被拒絕、國外限制出口、缺原物料...等各種狀況，可能造成產品短缺之情形。