附表

广州市社会医疗保险定点医疗机构分级

管理评级申请表

申报单位机构编号 申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 自评得分 |  |  |
| 医疗机构级别  （卫生部门评级） |  | 申请分级  管理等级 |  |  |
| 地 址 |  | 手机/固话 |  | |
| 联 系 人 |  | |
| 公示后评定的等级 |  | 生效时间 |  | |
| 定点医疗机构自评意见：  盖章  年 月 日 | | 广州市医疗保险服务中心意见：    盖章  年 月 日 | | | |
| 广州市医疗保障局意见：    盖章  年 月 日 | | 广东省医疗保障局意见：    盖章  年 月 日 | | | |

备注：自评得分仅做参考。