附件6

广州市医疗保障定点医疗机构年度考核自评表

（2023年）

医院盖章 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 机构编号 |  |
| 填表部门 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 自评分数 |  |
| 自  评  报  告 | （可另附页） | | |

**填写说明：**1.请勿缺项，如根据本院情况无法填写，请在项目对应空格中补充说明；

2.请于现场考核时提交本表。