附件

全国DRG/DIP示范医院申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申报统筹地区 | 医院名称 |  |
| 申报类型（DRG/DIP） |  | 单位负责人 |  |
| 申报工作负责人 |  | 手机 |  |
| 传真 |  | 邮箱 |  |
| 申请理由 | （不超过2000字，包括支付方式改革工作进展、主要经验做法、工作成效、下一步工作计划等，可另附页。） 单位负责人（签字）： （公章）年 月 日 |
| 专家评审报告 | （不超过2000字，包括评审意见、指出优势与不足、工作建议等，可另附页）评审组长（签字）：年 月 日 |