附件3

新增医疗服务项目明细汇总表

填报单位：填报人：XXX联系电话（手机）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 建议项目编码 | 项目名称 | 申请医疗机构 | 外省文件号 | 外省项目名称 | 外省价格 | 科室 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：新增医疗服务项目明细表必须要盖章，项目名称和外省项目名称必须一致，项目编码应对照现行项目编码及已批复临时项目编码进行核对，如有重复，则视为不规范项目不受理。