附件1

**自治区本级门诊特殊慢性病定点医疗机构资格申请书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 单位名称 |  | 单位编码 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |
| 所有制形式 |  | 医院等级 |  |
| 申报病种 | | 主要执业医师姓名 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 医疗机构法人代表签字： 年 月 日  （ 公章） | | | |