附件

医保支付方式改革座谈会自荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 所在医疗机构名称 | 职务 | 职称 | 开展支付方式类型（DRG或DIP） | 医疗机构等级 | 床位数 | 拟参加座谈会场次 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：请在“拟参加座谈会场次”中填写“某月某日上午或下午场次”，原则上每人仅参加1个场次的座谈会。**