

附件 3

## 医疗保障信用评价异议信息处理申请表

申请单位 (人)			
联系人		联系方式	
异议信息描述			
申请理由 (可附页)	(盖章)  年 月 日		
信用承诺	本人承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此产生的相应后果自负。  签字： (盖章)		
备注			