

附件 3

省直互联网定点医疗机构申请表

申请互联网医院：（公章）

填报时间： 年 月 日

互联网医院名称			
申请协议管理类别	普通门诊统筹		
互联网医院性质	<input type="checkbox"/> 营利性 <input type="checkbox"/> 非营利性		
所依托实体医疗机构名称			
实体医疗机构地址			
实体医疗机构级别	<input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 未定级		
实体医疗机构执业许可证编号			
互联网医院执业许可证编号(独立设置的填写)			
互联网医院法定代表人		联系电话	
互联网医院医保负责人		联系电话	
批准开展互联网医疗服务的时间	年 月 日	网址	
临床科室	(个)	信息技术服务与管理部门	(人)
医保管理部门	(人)	药学服务部门	(人)