

附件 6

省直新增定点医疗机构整改后 再次评估申请表

| | |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 机构名称 | |
| 地址 | |
| 申请类别 | <input type="checkbox"/> 住院统筹 <input type="checkbox"/> 门诊统筹 |
| 初次评估 不合格问题 | |
| 整改结果 | |
| 备注 | 1.本申请表一式两份，一份送达经办机构，一份由申请机构留存； 2.自初次评估结果送达起，整改 3 个月后可再次申请评估；再次评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。 |

申请机构（盖章）：

电话：

申报日期：

签收人：

电话：

签收日期：