

门诊特定病种定点医疗机构选定表

申请人姓名		身份证号码		联系电话	
代办人姓名		身份证号码		联系电话	
本次选定门诊特定病种医疗机构为： <input type="checkbox"/> 初次选定 <input type="checkbox"/> 变更					
门诊特定病种名称					
医疗机构名称					
本人同意选择以上医疗机构为本人门诊特定病种定点就医医疗机构					
申请变更情况说明 (如需)	本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。具体变更原因如下：				
本人(代办人)签名：			办理日期		