**附件1**

**汕尾市定点医药机构分级管理等级评定申请表**

申报单位（签章）：　　　　　 申报时间：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院（药店）名称 |  | 地址 |  |
| 卫健（市场监管）  部门评级 |  | 申请分级  管理等级 |  |
| 单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 自评得分 |  | | |
| 县（市、区）医疗保障部门意见  盖章（签字）  年 　月 日 | | 市医疗保障部门意见  盖章（签字）  年　 月　 日 | |
| 公示后最终评定等级  盖章（签字）  年　 月　 日 | | | |
| 备注 |  | | |

备注：AAA级医药机构须报省医疗保障局备案