附件8

申请评估准入医药机构同城互认申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医药机构名称 |  | | |
| 地 址 |  | | |
| 类 型 | □三级医疗机构 □二级医疗机构  □一级医疗机构 □门诊医疗机构  □零售药店 | | |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 评估准入医药机构申请同城互认意见 | （盖章）  年 月 日 | | |
| 同城互认医疗保障部门意见 | （盖章）  年 月 日 | | |