**附表**

**医保支付方式改革典型案例征集活动申报表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 |  | | |
| 联系人及职务 |  | | |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 案例题目 |  | | |
| 案例特色或亮点 |  | | |
| 案  例  内  容 |  | | |
| 申报单位意见 | 同意推荐并承诺遵守活动相关要求。  （固定文字，直接盖章） | | |
| 备注 |  | | |