附件2

**贵州省省本级基本医疗保险定点医疗机构**

**申办受理表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  名称 |  | | | | |
| 申请人 |  | 联系电话 |  | 申请时间 |  |
| 申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 受理单位 |  | | | | |
| 受理人 |  | 受理编号 |  | 受理时间 |  |

经审核，提交申请资料齐全，符合受理条件，予以建档受理：

1、本表仅作为受理凭证，与评估结果无必然联系；

2、本表一式两份，一份交由申请人，一份由受理单位留存。