贵州省省本级门诊规定（慢性）病种申办 指定定点医疗机构申请表

医疗机构名称			
医疗机构地址			
机构编号		机构级别	
机构类别		机构性质	
法人姓名		联系电话	
医保科负责人		联系电话	
机构简介：			
<p>法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！</p>			
签字：		公章	
日期：			