门诊特定病种定点医疗机构选定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 本次选定门诊特定病种医疗机构为：□初次选定 □变更 |
| 门诊特定病种名称 |  |
| 医疗机构名称 |  |
| 本人同意选择以上医疗机构为本人门诊特定病种定点就医医疗机构 |
| 申请变更 情况说明（如需） | 本人已知悉可变更门诊特定病种定点就医医院的条件，承诺所提供材料与信息均真实完整合法，符合办理业务条件。具体变更原因如下： |
| 本人（代办人）签名：  |   | 办理日期 |  |