附件1

湛江市医疗保障局领导班子巡察整改专题民主生活会会前征求意见表

填报单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 内  容 | 意见建议 |
| 全市医疗保障领域医保基金管理使用情况 |  |
| 全市医疗保障政策落实情况 |  |
| 其他意见建议或存在问题 |  |

注：如果填写内容较多，可另附页填写。