附件7：

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 | 　 |
| 定点医疗机构名称 | 　 |
| 定点医疗机构代码 | 　 |
| 办理事项 | 申请门特服务资格： 诊断□ 治疗□ |
| 病种名称 | 审核结果（不合格原因） | 不符合湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 | 　 |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

（签收联）

申请人签名： 联系方式： 日期：

经办单位（盖章）：

 日期：

湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

|  |  |
| --- | --- |
| 告知书编号 | 　 |
| 定点医疗机构名称 | 　 |
| 定点医疗机构代码 | 　 |
| 办理事项 | 申请门特服务资格： 诊断□ 治疗□ |
| 病种名称 | 审核结果（不合格原因） | 不符合湛江市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 　 | 　 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
| 查询方式 | 　 |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

申请人签名： 联系方式： 日期：