附件7

门诊特定病种就医医疗机构定点表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  |  |
| 门诊特定病种名称 |  |
| 选择就医医疗机构名称 |  |
| 本人同意选择该医疗机机构为本人该门诊特定病种定点就医医疗机构 |
| 本人（代办人）签名：  |   | 办理日期 |  |