附件2：

**辽阳市“双通道”定点医疗机构申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请定点医疗机构名称 |  | 申请时间 |  |
| 医疗机构地址 |  | 医疗机构类    型 |  |
| 社会信用代码 |  | 登记机关 |  |
| 医疗机构许可证登记号 |  | 医疗机构许可证有效期至 |  | 发证机关 |  |
| 医保定点时间 |  | 医疗机构等级 |  |
| 医疗机构诊疗科目 |  | 法定代表人 |  |
| 主要负责人 |  | 联系电话 |  |
| 高值药品备药数量和高值药品可预约备药数量 |  |
| 评估/责任医师 | 姓名 | 身份证号 | 职务和职称 | 联系电话 | 高值药品医师类别 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|    医疗机构法人（负责人）签字、盖章    |  |    申请单位公章 |  |