附件1

泉州市“两病”门诊用药保障样板县申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报县（市、区） |  |
| 通讯地址 |  |
| 医保联系人 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 卫健联系人 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 邮箱 | 　 | 传真 | 　 |
| 申报材料 | 创建工作方案、先进经验总结、亮点材料另附上报。 |
| 卫健部门意见 |  （盖 章） 年 月 日 |
| 医保部门意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 财政部门意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 县级政府意见 | （盖 章） 年 月 日 |