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 | | | | |