|  |
| --- |
| 附件4 |
| 合同签订情况汇总表 |
| 填报单位（盖章）： 时间： |
| 相关情况 | 医疗机构等级 | 三级 | 二级 | 一级 |
| 医疗机构合同签订时间 | 已在规定时间内完成的机构数 |  |  |  |
| 未在规定时间内完成的机构数 |  |  |  |
| 未完成情况 | 医疗机构名单 | 存在问题 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| …… |  |  |
| 其它问题 |  |
| 填报人： 联系方式： |