附件3

受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 受理项目 | 定点医疗机构申请 |
| 受理日期 |  |
| 申请机构名称 |  |
| 申请人（签名） |  | 联系电话 |  |
| 受理人（签名） |  | 咨询电话 |  |
| 备注 |  |

注：此表一式两联；第一联由受理部门归入申请材料中；第二联交申请机构

 （受理部门盖章）