

普通门诊定点医疗机构选定表

申请人姓名		身份证号码		联系电话	
代办人姓名		身份证号码		联系电话	
本次选定普通门诊医疗机构为： ☐ 初次申请 ☐ 变更					
医疗机构名称					
本人同意选择以上医疗机构为本人门诊定点就医医疗机构					
本人（代办人）签名：			办理日期		