附件2

汕尾市长期护理保险定点机构申请受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
办理事项	长期护理保险_____机构申请定点管理
备注	你机构申请已受理，请按《长期护理保险定点_____机构申请材料清单》备齐相应材料， 做好评估/评审准备工作。如未按约定时间配合完成评估，视为自愿放弃当次申请。

经办机构（盖章）: 联系电话: 经办日期:

签收人: 联系电话: 签收时间:

（本回执一式两份，一份送达机构，一份经办机构留存。）