附件3

汕尾市长期护理保险定点机构申请材料补齐补正通知书

回执编号	
机构名称	
机构地址	
补齐补正材料	
备注	申请机构应当在3个工作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请。

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。）