附件4

汕尾市长期护理保险定点机构申请不予受理告知书

编号	
机构名称	
机构地址	
不予受理事项	长期护理保险_____机构申请定点管理
不予受理原因	
备注	

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。）