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）