附件4

柳州市医疗保障服务示范点申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 | （填写单位全称） | | |
| 地址 |  | | |
| 负责人 |  | 联系方式 |  |
| 申报类型 | □柳州市医疗保障服务窗口示范点  □柳州市医疗保障基层服务示范点  □柳州市医疗保障定点医疗机构示范点 | | |
| 基本情况（500字以内）  包括单位基本情况、软硬件条件、开展医疗保障服务等情况 | | | |