附件 3

全国医养结合示范机构申请表

<table>
<tr><td>申报机构名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申报机构所在地区</td><td colspan="3">省（自治区、直辖市）　　市　　县</td></tr>
<tr><td>负责人</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>传　真</td><td></td><td>电子邮箱</td><td></td></tr>
<tr><td>地址及邮编</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">工作报告（2000 字左右，包括基本情况、医养结合服务开展情况、取得成效、特色亮点等内容，另附页）

机构负责人：　　（公 章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">县级卫生健康行政部门意见

主要负责同志：　　（公 章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">地市级卫生健康行政部门意见

主要负责同志：　　（公 章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">省级卫生健康行政部门意见

主要负责同志：　　（公 章）
年　月　日</td></tr>
</table>