附件 5

全国医养结合示范机构推荐汇总表

推荐单位：_____省（区、市）卫生健康委（加盖公章）　联系人：　　联系电话：

序号	机构名称	负责人	联系电话	联系人	联系电话	通讯地址及邮编

注：请按工作成效排序。