附件 4

全国医养结合示范县（市、区）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	县（市、区）名称	县级人民政府联系人	联系电话	县级卫生健康部门联系人	联系电话	通讯地址及邮编

注：请按工作成效排序。