附件2

全国医养结合示范机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报机构名称 |   |
| 申报机构所在地区 |  省（自治区、直辖市） 市 县 |
| 负责人 |   | 联系电话 |   |
| 联系人 |   | 联系电话 |  |
| 传  真 |   | 电子邮箱 |   |
| 地址及邮编 |   |
| **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  |
| **县级卫生健康行政部门意见**    主要负责同志：      （公 章）  年  月  日  |
| **地市级卫生健康行政部门意见**主要负责同志：      （公 章）  年  月  日 |
| **省级卫生健康行政部门意见**主要负责同志：      （公 章）  年  月  日 |