湖北省定点医药机构受理回执

|  |  |
| --- | --- |
| 回执编号 |  |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 办理事项 | 医疗机构□零售药店□ 申请定点协议管理 |
| 备注 | 你单位申请已受理，请按《配合评估材料清单》备齐相应材料，做好评估准备工作。如未按约定时间配合完成评估，视为自愿放弃当次申请。评估时间：在 之前  |

（本回执一式两份，一份送达申请机构，一份经办机构留存。）

签收人： 联系电话： 签收时间：

经办机构（盖章） 联系电话： 经办日期：