湖北省定点医药机构申请材料补齐补正通知书

|  |  |
| --- | --- |
| 回执编号 |  |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 补齐补正材料 |  |
| 备注 | 申请机构应在5个工作日内补齐补正，逾期视为放弃当次申请 |

（本回执一式两份，一份送达机构领取，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：