全国医疗保障经办服务规范建设典型案例征集推介活动报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 |  | | |
| 申报案例标题 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 本单位已阅读、理解并接受《关于开展全国医疗保障经办服务规范建设典型案例征集推介活动的通知》中有关事项，并保证所填内容均真实。  本单位保证其在全国范围内未曾自行或授予他人对应征案例进行任何形式的使用。自本单位开始创作申报作品之日起至文章公开发布时，承诺不以任何形式发表、宣传和转让应征案例。 | | | |
| 单位盖章： 填报日期： 年 月 日 | | | |