

湖南省医疗服务项目调出基金支付申报表

申请医疗机构名称		医疗机构级别		所属市州
国家项目代码			国家项目名称	
地方项目代码			地方项目名称	
除外内容		计价单位		单次价格
项目类别			主要临床科室	
申请调出原因				
申报意见	医疗机构（公章）			
申报联系人			手机号码	

填报说明见附表

