

卫生健康行政部门对医疗机构及 相关人员处理情况

_____医疗保障局:

按照_____,我单位于____年__月__日对_____给
予_____的处理,现将情况抄告你局,请按照《四
川省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》的规
定,对相关人员予以记分。

卫生健康行政部门名称并盖章

年 月 日