附件2

广东省医养结合示范机构申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 | （加盖单位公章） | | |
| 所在地区 | 市 县（市、区） | | |
| 单位法人 |  | 联系电话 |  |
| 单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申报单位情况：  （执业许可等基本情况，开展医养结合的条件、管理、服务、效果等情况，可附页，3000字左右） | | | |
| 县级卫生健康局推荐意见：  （公章）  年 月 日 | | | |
| 地级以上市卫生健康局（委）推荐意见：  （公章）  年 月 日 | | | |