

附件 4:

一次性补全材料告知书

（定点医疗机构名称）：

_____年____月____日,本单位收到你单位提交的基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请材料。经审核,发现提交的材料不齐全/不符合规定。

需要补正材料的内容:

需要补齐的有关材料:

请你单位将上述材料补全后于_____年____月____日前提交至本单位。如无正当理由逾期提交的,视为放弃申请。

特此通知。

联系人及联系方式:

经办机构（盖章）

日期: