

附件 1

中山市定点医疗机构病种化基准等级系数 调整申请表

序号	项目	内容	申请病种化基准等级系数
1	医院级别改变		
2	专科医院		
3	市政府引进或建设高水平医疗机构		

单位名称（盖章）：_____ 填表日期：_____