

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：_____