附件4

新增医疗服务项目试行期顺延申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称** |  | | |
| **物价联系人** |  | **联系电话** |  |
| **项目名称** |  | **计价单位** |  |
| **项目内涵** |  | | |
| **除外内容** |  | **现行备案价格** |  |
| 当前2年周期内，未发生实际工作量具体原因： | | | |
| 预计顺延后2年内工作量及依据： | | | |
| 医疗机构意见：    （公章）  填报日期： 年 月 日 | | | |