附件2

医疗机构新增医疗服务价格项目备案表

申请单位（盖章）： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编码 |  | | |
| 项目名称 |  | | |
| 项目内涵 |  | | |
| 除外内容 |  | 计价单位 |  |
| 计价说明 |  | | |
| 申请试行价格 |  | | |
| 申请理由： | | | |
| 审核意见： | | | |

审核部门（盖章）： 日 期：