

江苏省医疗保险特药责任医师申请表

姓名		性别		年龄	
定点医疗机构名称					
科室		专业		职称	
_____: 本人申请成为江苏省医疗保险开展特殊药品_____ 治疗_____ 的责任医师, 遵守特药管理相关规定, 并履行特药责任医师有关职责。 申请医师签名: 年 月 日					
医师签名模板 (正楷):			医师签名模板 (草书):		
定点医疗机构意见: 签字 (盖章): 年 月 日					
市医疗保险经办机构意见: 盖章: 年 月 日					