附件1

拟变更参加2020年度绩效考核二级公立医院名录

单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_卫生健康局（委）（盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医院名称 | 机构类别 | 机构级别 | 执业许可证登记号 | 是否具备独立财务年报表 | 是否能独立提取住院病案首页 | 有无电子病历 | 是否独立法人单位 | 新增或取消  （备注理由） |
| 示例 | 某某医院 | 综合医院 | 二级甲等 | 01234567 | 1代表是  0代表否 | 1代表是  0代表否 | 1指有  0指无 | 1代表是  0代表否 | 新增。描述理由。 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |