**附件2**

**省直参保人员门诊慢特病鉴定（复审）申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 居住地址 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 申请病种名称：(请按照下方备注所列疾病名称填写) |
| 医疗机构诊断结论：(请参照下方备注所列疾病名称填写) 科室主/副主任医师： （诊断医院盖章） 年 月 日 年 月 日 |
| 申请门诊定点医院名称：本人签名：年 月 日 | 定点医院意见：（门诊定点医院盖章）年 月 日  |