**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 | | |