附件1

全国医养结合示范县（市、区）申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报县（市、区） |  | | |
| 县级人民政府联系人 |  | 联系电话 |  |
| 县级卫生健康部门联系人 |  | 联系电话 |  |
| 传  真 |  | 电子邮箱 |  |
| 地址及邮编 |  | | |
| **工作报告**（3000字左右，包括基本情况、医养结合工作开展情况、取得成效、特色亮点等内容，另附页）  县级人民政府主要负责同志：     （公 章）    年  月  日 | | | |
| **地市级卫生健康行政部门意见**  主要负责同志：      （公 章）  年  月  日 | | | |
| **省级卫生健康行政部门意见**  主要负责同志：       （公 章）  年  月  日 | | | |