

医疗保障行政部门对定点医药机构相关人员 医保支付资格管理记分和处理情况

_____:

按照《四川省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》，我单位于_____年__月__日对_____给予_____的处理，现将情况抄告你委（局），请按照你单位相关规定进行处理。

医疗保障行政部门名称并盖章

年 月 日