

附件 2

四川省“双通道”定点医药机构信息表

序号	市(州)	定点认定医 疗机构		定点治疗医 疗机构		定点供药医疗机构 (配备单行支付药 品的医疗机构)		定点供药药店		备注
		名称	地址	名称	地址	名称	地址	名称	地址	

填表人:

联系电话:

填表日期: