附件6

新增医疗服务价格项目试行期转归（延期）申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 物价联系人 |  | 联系电话 |  |
| 项目名称 |  | 计价单位 |  |
| 项目内涵 |  | | |
| 除外内容 |  | 现行备案价格 |  |
| 当前2年周期内，项目开展情况（未发生实际工作量的说明具体原因）： | | | |
| 医疗机构意见：      （公章）  填报日期： 年 月 日 | | | |