附件2

互助保障诊疗进一线回执表

单位名称：（盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 诊疗进一线活动时间： 年 月 日 时 分 | |
| 诊疗进一线活动地点： | |
| 诊疗进一线参与科室：□心内科、□消化内科、□呼吸与危重症医学科、□内分泌、□血液科、□肿瘤内科、□感染性疾病科、□妇科、□乳腺外科、□眼科、□中医科、□脊柱外科、□肝病科、□风湿科 | |
| 参与诊疗进一线人数： | |
| 会员单位  意见 | 经过双方共同努力，圆满完成本次互助保障诊疗进一线活动，我单位对本次诊疗进一线 □非常满意 □基本满意 □不太满意  单位（盖章）：  工会负责人（签名）：  年 月 日 |
| 医疗服务机构确认 | 本医疗服务机构已按照活动计划要求完成此次互助保障诊疗进一线活动。  专家（签名）：  医疗服务机构（盖章）：  年 月 日 |
| 中互助会青岛办事处会员服务部意见 | 负责人（签名）：  年 月 日 |

注：参加互助保障诊疗进一线的单位必须为职工互助保障会员单位