附件：

南昌市高层次人才医疗保健服务公开遴选报名表

**单位（盖章）:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 联系人 | 联系电话 | 是否符合定点医院资质要求 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |