附件4

协议管理医药机构基础信息变更登记申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 变更前 | 变更后 |
| 名 称 |  |  |
| 法定代表人、企业负责人或实际控制人 |  |  |
| 机构性质 |  |  |
| 经营范围或诊疗科目 |  |  |
| 等级和类别 |  |  |
| 地 址 |  |  |
| 机构规模 |  |  |
| 银行账户 |  |  |
| 法定代表人（签字）：  （盖章）  联系电话： 年 月 日 | | |
| 受理意见 | 年 月 日 | |
| 复核意见 | 年 月 日 | |