附件

医疗保障领域侵害群众利益突出问题自查清单

单位（盖章）： 2019年 月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 自查问题详情 | 整改措施 | 责任人 | 责任单位 | 完成时限 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

说明：请各科室、单位、各医疗机构于5月7日前将此表经主要负责人签字单位盖章后报市医疗保障局办公室（邮箱：zwyb8598906@163.com/传真:0955-8598906）。