附件

自治区政协十二届四次会议提案

办理情况征询意见表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承办单位填写 | 提案号 | | 第20210355号 | | | | 承办单位 | | | | 自治区医保局 | | | | |
| 案由（提案题目）关于加快推进我区医养结合工作的建议的提案 | | | | | | | | | | | | | | |
| 提  案  者  填  写 | 请在下面选项中打“√”表示 | | | | | | | | | | | | | | |
| 答复前听取意见方式 | | | 走访 |  | 电话 | |  | | 其他 | | |  | 未联系 |  |
| 答复是否针对提案建议 | | | 针对 |  | 基本针对 | |  | | 未针对 | | |  |  | |
| 是否满意办理态度 | | | 满意 |  | 基本满意 | |  | | 不满意 | | |  |  | |
| 是否满意办理结果 | | | 满意 |  | 基本满意 | |  | | 不满意 | | |  |  | |
| 对提案办理的意见建议（不够书写可另附页） | | | | | | | | | | | | | | |
| 提案者  签名 | 年 月 日 | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |

说明：此表由承办单位填写好提案号、提案题目后，随办理答复件寄送提案者（委员联名提案寄第一提案者）。提案者收到此表后，请务必填写分别寄送或传真至承办单位和自治区政协提案委员。传真：0771- 4952103 4952045