附件3

广西2021年DRG付费病案首页编写评比竞赛报名表

填报单位： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 所在单位 | 手机号码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 领队姓名： 联系电话：  |

说明：领队信息只需各市医保局填报。