

## 附件 4

### 医疗机构账号开通申请表

地级市：\_\_\_\_\_

| 序号 | 医疗机构名称 | 审批机关 | 行政区划名称 | 地址 | 组织机构编码<br>(或登记号) | 姓名 | 性别 | 电话 | 邮箱 |
|----|--------|------|--------|----|------------------|----|----|----|----|
|    |        |      |        |    |                  |    |    |    |    |
|    |        |      |        |    |                  |    |    |    |    |
|    |        |      |        |    |                  |    |    |    |    |

- 注：1、审批机关指医疗机构的上级管理部门。  
2、行政区划名称指审批机关所在的行政区划名称。  
3、账号开通后，账号的安全由各账号使用部门负责，请及时修改初始密码，勿将账号信息泄露给他人。  
4、地址应具体到 XX 市（地、州、盟）XX 县（区、旗）XX 乡（镇、街道）。  
5、本表可自行扩展。

2021 年 月 日