|  |
| --- |
| **附件1****医疗机构收费行为专项检查自查问题清单** |
|  **填报单位： 填报时间：** |
| **序号** | **自查问题详情** | **整改措施** | **责任人** | **责任科室** | **完成时限** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  填报人： 联系电话： 责任人：  |