附件3

不予立项通知书

 ：

你院申请的 项新增医疗服务项目因不符合立项要求，经审核不予立项（详见附表）。自同一批审核通过项目正式公布实施之日起，你院一年内不得重复申报。

特此通知。

 年 月 日

附表

不予立项项目汇总表（样表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 不予立项理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |