附件：

无锡市医保局政务短信服务单位申报表

申报时间：2023 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承担单位 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | | |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  | 职务/职称 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  | 职务/职称 |  |
| （格式自拟）  一、服务内容和方案  二、对照申报条件的相关承诺  三、服务组织措施、质量保证措施  四、报量 | | | | | |