

附件 1

湖南省定点医药机构相关人员 责任认定通知书

文号：

姓名		性别		身份证号码	
所属单位					
责 任 认 定	经立案调查，发现你存在_____				
	_____等问题，你所在单位已被_____ 医疗保				
	障局依据_____给予 <input type="checkbox"/> 行政处				
	罚 <input type="checkbox"/> 免于行政处罚，行政决定文书文号_____。根				
	据你对此违法违规行为所起的作用大小，我局对你作				
	出 <input type="checkbox"/> 一般责任 <input type="checkbox"/> 重要责任 <input type="checkbox"/> 主要责任的责任认定。				
	公章：				
	日期：				
相关人员签字				日期	

如有异议，可在收到此通知书后 10 个工作日内，向我局提出书面申诉。