附件3

**贵州省医疗保障信用评价异议处理结果反馈单**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人） |  |
| 信用评价异议信息申请内容 |  |
| 信用评价异议信息核查情况 |  |
| 处理结果 |  XX医疗保障局（盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |