

附件4

合同签订情况汇总表

填报单位（盖章）：

时间：

相关情况	医疗机构等级	三级	二级
医疗机构签订合同形式	电子印章签订机构数		
	非电子印章签订机构数		
医疗机构合同签订时间	已在规定时间内完成的机构数		
	未在规定时间内完成的机构数		
备注			

填报人：

联系方式：