

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 ☐ 行政处罚 ☐ 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 ☐ 一般责任 ☐ 重要责任 ☐ 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 7 个工作日内，向我局提出
书面申诉。