附件一

在肥高校在校大学生转诊转院/异地就医备案单 学院名称： 备案时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | | 学籍号 |  |
| 备案类别  (□内划 √ ) | □转诊转院 | | 口 异地就医 | | |
| 就医地 |  | | | | |
| 病情摘要及备案情况说明： | | | | | |
| 学校学生辅导员意见：  签字：  年 月 日 | | | | | |
| 学校医保经办机构意见：  学校医保经办机构(盖章):  经办人员签字：  年 月 日 | | | | | |