附件4

不予信用修复告知书

编号：

                ：

我局于    年   月   日收到你提出的       申请，经审查，不符合《金华市医保医师信用管理办法（暂行）》      规定， 决定不予信用修复。

如不服本决定，可以自收到本告知书之日起 5 个工作日内，向       提出异议申请。

经办人：            经办人电话：

xxx医疗保障局（公章）

年  月  日