**附件：**

**基本情况统计表**

市（州）注管中心：（盖章） 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 应实行注会审计制度公立医院名称 | 是否实行了注册会计师审计制度 | 是否进行了全面地审计 | 收费情况 | | 审计费用  支付方式 | 未实行注会审计制度的原因 |
| 应收 | 实收 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |