



镇江市新增试行医疗服务项目自主定价告知表

医疗机构：（盖章）
医疗机构类别（打√）： 一类 ☐ 二类 ☐ 三类 ☐ 告知日期： 2023年8月28日

编 号	项 目 名 称	项 目 内 涵	说 明	计 价 单 位	告 知 价 格（元）	执 行 日 期	说 明
250310065-a	胰岛素样生长因子-1 测定		化学发光法	项	140	2023. 9. 5	
250310066-b	胰岛素样生长因子结合蛋白-3 测定		化学发光法	项	140	2023. 9. 5	

注：本表一式3份，医疗机构、医保局、卫健委各一份

法人代表签字： 徐军

经办人签字： 陈慧

联系电话： 88770113