附件1

清远市社会保险定点医疗机构

资格申请表

|  |
| --- |
|  |

 申请单位：

 申请日期：

清远市人力资源和社会保障局监制

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 机构代码 |  | 法人代表 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 执业许可证号 |  |
| 单位开户银行及帐号 |  |
| 卫生技术人员构成 |  | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医 生 |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |
| 科室设置及病床数 | 科室 | 核定床位数 | 科室 | 核定床位数 | 科室 | 核定床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请内容 | 医疗保险：□综合医院和专科医院，其中（□含 □不含）门诊特定病种业务 □普通门诊，其中（□含 □不含）门诊特定病种业务 □一般门诊（仅限刷社会保障卡） 生育保险：□产前检查 □分娩住院工伤保险：□工伤康复 □工伤治疗 （申请单位印章）法人代表签字 年 月 日 |

填 写 说 明

1. 本表用蓝色或黑色钢笔（签字笔）填写，A4纸打印，字迹工整清楚，内容真实。

 二、“申请内容”栏由由医疗机构填写申请定点医疗机构资格的意向。

三、医疗机构申请定点医疗机构时，请附以“材料清单”列示的相关材料。