附件

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省直医疗保险协议管理医疗机构申请表 | | | | | | | | |
| 申请单位：（公章） | | | | | 填报时间： 年 月 日 | | | |
| **单位名称** |  | | | | | | | |
| **单位地址** |  | | | | | | | |
| **单位类别** | □综合 □中医 □中西医结合 □口腔 □民族医 □其它 | | | | | | | |
| **单位级别** | □诊所 □社区 □一级 □二级 □三级 □其它 | | | | | | | |
| **法定代表人** |  | | | | **联系电话** | |  | |
| **医疗机构执业许可证编号** | | |  | | | | | |
| **成立时间** | | 年 月 日 | | | **场所面积** | | （㎡） | |
| **单位总人数** | | （人） | | | **参保人数** | | （人） | |
| **住院床位（申请门诊的此项不填）** | | （张） | | | | | | |
| **科室设置** | | **临床科室** | | 个 | | **医技科室** | | 个 |
| **卫生技术人员** | | **执业医师** | 共 人，其中：高级 人，中级 人，初级 人。 | | | | | |
| **护士** | 共 人，其中：高级 人，中级 人，初级 人。 | | | | | |
| **医疗设备**  **配备情况** | | 医疗仪器设备 台。 | | | | | | |