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。 |