附件 1

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

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>单位地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>单位类别</td><td colspan="5">□综合　□中医　□中西医结合　□口腔　□民族医　□其它</td></tr>
<tr><td>单位级别</td><td colspan="5">□诊所　□社区　□一级　□二级　□三级　□其它</td></tr>
<tr><td>法定代表人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医疗机构执业许可证编号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>成立时间</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>场所面积</td><td colspan="2">（㎡）</td></tr>
<tr><td>单位总人数</td><td colspan="2">（人）</td><td>参保人数</td><td colspan="2">（人）</td></tr>
<tr><td>住院床位（申请门诊的此项不填）</td><td colspan="5">（张）</td></tr>
<tr><td>科室设置</td><td>临床科室</td><td colspan="2">个</td><td>医技科室</td><td>个</td></tr>
<tr><td rowspan="2">卫生技术人员</td><td>执业医师</td><td colspan="4">共　人，其中：高级　人，中级　人，初级　人。</td></tr>
<tr><td>护士</td><td colspan="4">共　人，其中：高级　人，中级　人，初级　人。</td></tr>
<tr><td>医疗设备配备情况</td><td colspan="5">医疗仪器设备　　台。</td></tr>
</table>