附件1：

松原市基本医疗保险定点机构评估申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请时间： （申请机构） | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | |
| 机构类别 | |  | | | | | | |
| 许可证号 | |  | | | | | | |
| 成立时间 | |  | | 营业面积 | | （平方米） | | |
| 经营性质 | |  | | 床位数量 | |  | | |
| 法人代表 | |  | | 联系人 | |  | | |
| 参加种医疗 保险情况 | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 人员 构成（人） | 护理员 | 技师 | 高级 | | 中级 | | 初级 | 小计 |
|  |  | |  | |  |  |
| 医生 |  |  | |  | |  |  |
| 护士 |  |  | |  | |  |  |
| 其他 人员 |  | | | | | | |
| 合计 |  | | | | | | |
| 县（市）医保经办机构、 市社会医疗保险管理局  审核意见（盖章）  年 月 日 | | | | 县（市）医保行政部门  意见（盖章）  年 月 日 | | | | |