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 |