附表1

常德市工伤保险服务协议医疗机构申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 法定代表人及联系电话 |  | 取得执业或营业许可证时间 |  |
| 机构地址 |  | 工伤保险联系人及电话 |  | 额定床位 |  |
| 机构类别 |  | 机构性质 | ①非营利性□营利性□②公立□民营□ | 机构等级 |  |
| 门诊 | 科室： 个，其中工伤特色科室： 个 |
| 西药： 种，中成药： 种，草药： 种 |
| 住院 | 病区： 个，其中工伤特色病区： 个 |
| 床位： 张，其中工伤特色床位： 张 |
| 人员 | 临床医师（人数） | 注册护士（人数） | 医技人员（人数） | 药师（人数） |
| 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 | 西药师 | 中药师 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请前费用情况（上年度） | 门诊 | 住院 | 辅助器具 |
| 门诊人次 | 门诊总费用（万元） | 门诊次均费用（元） | 住院人次 | 住院总费用（万元） | 住院次均费用（元） | 人均费用（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 总费用： 万元 |
| 申请内容 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自愿承担常德市工伤保险服务，申请成为工伤保险协议医疗机构，并承诺所填写的信息、材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。                     法定代表人签字：单位（盖章） 年   月   日 |