附表2

常德市工伤保险服务协议康复机构申请表

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 |  | |
| 康复用房 | 康复病区面积： ，康复业务用房面积： ，康复治疗室面积： ，  康复功能评定室面积： ，康复支具安装室面积： | | | | | | | | | | | | | |
| 康复床位： 张 | | | | | | | | | | | | | |
| 人员配置 | 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 |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 康复专业执业医师人数： 人  康复治疗师人数： 人 | | | | | | | | | | | | | |
| 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康复机构，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 | | | | | | | | | | | | | |