**附件：**

南昌市工伤定点医疗机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构名称** |  |
| **详细地址** |  |
| **所有制形式** |  | **经营性质** |  |
| **机构代码** |  | **法人代表** |  |
| **执业许可证号** |  | **批准时间和****有效期限** |  |
| **医疗机构类别** |  | **机构级别、等级** | **级 等** |
| **医保定点时间** |  | **床位数量** |  |
| **卫 生 技 术 人 员 构 成** |  | **总人数** | **高级职称** | **中级职称** | **初级职称** | **参加社会保险情况** |
| **医生** |  |  |  |  |  |
| **护理** |  |  |  |  |  |
| **医技****人员** |  |  |  |  |  |
| **其他****人员** |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |
| **科 室 设 置 及 病 床 数** | **科室** | **床位数** | **科室** | **床位数** | **科室** | **床位数** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **申请单位意见** | **法人代表签字： （公章）**  **年 月 日**  |
| **社会保险经办****机构审查意见** |  **（公章）**  **年 月 日**  |

**备注：表格不够可另附说明**

**联系人： 联系电话：**