**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：**