

附件 3

四川省工伤保险辅助器具配置机构申请表

单位全称：

所属行业：

主管部门：

单位地址：

邮政编码：

联系人：

联系电话：

填表日期：

四川省人力资源和社会保障厅 制

单位全称					
营业执照注册号 或执业许可证号					
注册或执业地址				邮编	
法人代表		联系人		电话	
电子邮箱					
所有制		机构等级		机构类型	
职工总数		技术人员总数		建筑面积	平方米
申请服务项目	☐ 假肢 ☐ 矫形器（ ☐ 低温板材， ☐ 热塑板材） ☐ 生活类辅助器具 ☐ 助听器（ ☐ 耳背式、 ☐ 耳内式、 ☐ 耳道式） ☐ 光学助视器 ☐ 假眼 ☐ 假牙 ☐ 假耳、假鼻、假乳配置				
单位主要业务 及特色介绍					

二、申报项目及服务能力

申报服务

（按照申报服务分类进行填写，每个类别均需要填写，页面不足可自行添加）

服务能力介绍（请对所申报项目已开展服务年限、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设情况进行说明）

[illegible]

三、申报、审核意见	
申报单位意见	(盖章) 年 月 日
县(市、区)级社会保险经办机构意见	(盖章) 年 月 日
市(州)级社会保险经办机构意见	(盖章) 年 月 日

备注：本申请表一式三份，申请单位、县级及市（州）级社会保险经办机构各一份。