**附件1**

工伤保险定点服务机构申请表

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | 法人代表及 联系电诂 |  | | | | 取得执业或 营业许可证  时间 |  | |
| 机构地址 |  | | | | | 工伤保险联 系人及电活 |  | | | | 医疗、康复 机构额定床  *位* |  | |
| 医疗、康 复机构类 别 |  | | | | | 机构性质 | ①非营利性口营利性口  ②公立□民营口 | | | | 医疗、康.复  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，中药饮片： 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（医 疗、康复机构） | 临床医师（人数） | | | | | | 注册护士: | | 医技人员 | | | 药师（人数） | |
| 主任医 师 | 副主任医 师 | | 主治医 师 | | 住院医师 | （人数） | | （人数） | | | 西药师 | 中药师 |
|  |  | |  | |  |  | |  | | |  |  |
| 人员 | 辅助器具机构技师人数： 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） | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 总費用： 万元 | | | | | | | | | | | | |
| 申请内容 |  | | | | | | | | | | | | |