**济宁市基本医疗保险综合定点医疗机构**

**申 请 表**

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构名称** |  |
| **详细地址** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **机构代码** |  | **法人代表** |  |
| **所有制形式** |  | **机构类别** |  |
| **机构级别和****等级** |  | **床位数量** |  |
| **诊疗科目** |  |
| **执业许可证号** |  | **批准时间和****有效期限** |  |
| **上年度业务****收入** |  | **建筑面积** |  |
| **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****内容** |  **（申请单位印章）****法人代表签字： 年 月 日** |
| **社会保险经办机构意见** |  **（印章）** **负责人签字： 年 月 日** |