附件 2

湖南省工伤保险服务协议康复机构申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构  名称 |  | | | 法定代表人及联系电话 | | |  | | | | 取得执 业或营业许可 证时 间 |  | |
| 机构  地址 |  | | | 工伤保险业务  负责人及联系  电话 | | |  | | | | 额定  床位 |  | |
| 机构  类别 |  | | | 机构性质 | | | ①非营利性🞎营利性🞎  ②公立🞎 民营🞎 | | | | 机构  等级 |  | |
| 康复  用房 | 康复病区面积： ㎡ ，康复业务用房面积： ㎡ ，康复治疗室面积：  ㎡，  康复功能评定室面积： ㎡ ，康复支具安装室面积： ㎡ | | | | | | | | | | | | |
| 康复床位：  张 | | | | | | | | | | | | |
| 人员  配置 | 临床医师（人数） | | | | | | 注册护士  （人数） | | 医技人员  （人数） | | | 药师（人数） | |
| 主任  医师 | 副主任 医师 | | 主治  医师 | | 住院  医师 | 西药师 | 中药师 |
|  |  | |  | |  |  | |  | | |  |  |
| 康复专业执业医师人数： （人）  康复治疗师人数： （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） | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 总费用：  万元 | | | | | | | | | | | | |
| 申请  内容 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自愿承担湖南省 岳阳市（本级）工伤保险服务，申请成为工伤保  险协议康复机构，并承诺所填写的信息、材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料 所造成的一切后果。  法定代表人签字：  单位  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |