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 |