附件1

湖南省工伤保险服务协议医疗机构申请表

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  联系  人及  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 |  | | | 基本医疗保险服务协议机构 | | | 是🞎 否🞎 | |
| 门诊 |  | | | | | 科室： | | | 个，其中工伤特色科室： 个 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 西药： | | | 种， 中 成 药： 种，草药： 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 | 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 |
|  |  | |  | | |  | |  | | | |  |  |
| 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（市本级）工伤保险服务， 申请成为工伤保险协议医疗机构，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 | | | | | | | | | | | | | | |