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 |