附件1：

南浔区长期护理保险机构护理服务定点申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 所属城区 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 主要负责人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 实际控制人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 机构类型 | □ 医疗机构 □养老机构 □残疾人托养机构 □其他企业或社会组织 |
| 提供服务方式 | □机构护理服务  |
| 以下根据机构类型及实际情况对应填写 |
| 医疗机构执业许可证号 |  |
| 养老机构设立许可证号 |  |
| □事业单位法人证书号 □ 民办非企业单位登记证书号 □营业执照号 |
| 机构证书号 |  |
| 护理人员构成 | 人员类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| 注册医师 |  |  |  |  |  |
| 注册护士（师） |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 护理员 | 总人数 | 养老护理员 | 医疗护理员 | 长期（健康） 照护师 | 其他 |
|  |  |  |  |  |
| 床位数 | 总床位数 | 其中护理区床位数 |
|  |  |
|  自愿承担长期护理保险护理服务,申请成为长期护理保险机构护理服务定点机构。本单位承诺:本次提供的所有申请材料均真实有效,且在成为定点长护服务机构后,机构的各项软硬件不低于本机构申请时的各项条件,如提供材料虚假、不真实的,承担由此引起的一切责任和后果。 法人代表签字(盖章）： 单位(盖章)： |

 申请时间： 年 月 日