附件

湖州市吴兴区长期护理保险定点护理服务机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 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□社区居家养老服务机构 |
| 提供服务方式 | □入住机构护理□居家上门护理 |
| 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 |  |
| 卫生技术人员构成 | 人员类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| 注册医生 |  |  |  |  |  |
| 注册护士 |  |  |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |  |  |
| 其他医技人员 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 养老护理员 | 总人数 | 高级 | 中级 | 初级 | 其他 | —— |
|  |  |  |  |  |  |
| 床位数 | 总床位数 | 护理区床位数 |
|  |  |
|  **（单位全称）自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为长期护理保险护理服务试点机构，本单位承诺：本次提供的所有申请材料均真实有效，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）： 年 月 日年月日 |
| 承办单位意见：   年 月 日 |

注意：需提供的复印件加盖公章