附件2

**济宁市基本医疗保险门诊定点医疗机构**

**申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | | |
| 详细地址 | |  | | | | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 机构代码 | |  | | 法人代表 | |  | | |
| 所有制形式 | |  | | 机构类别 | |  | | |
| 诊疗科目 | |  | | 经营性质 | |  | | |
| 大型仪器设备  名称和数量 | |  | | | | | | |
| 执业许可证号 | |  | | 批准时间和  有效期限 | | |  | |
| 上年度业务收入 | |  | | 建筑面积 | | |  | |
| 卫生  技术  人员  构成 |  | | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | 参加医疗保险情况 |
| 医生 | |  |  |  | |  |  |
| 护理 | |  |  |  | |  |  |
| 医技人员 | |  |  |  | |  |  |
| 其他人员 | |  |  |  | |  |  |
| 合计 | |  |  |  | |  |  |
| 申  请  内  容 | （申请单位印章）  法人代表签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医  疗  保  障  经  办  机  构  意  见 | （印章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | |