附件1

**济宁市基本医疗保险综合定点医疗机构**

**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 |  |
| 机构级别和等级 |  | 床位数量 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 科室设置及病床数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |