附件1

玉 溪 市 医 疗 保 险

定点医疗机构申请表

申 请 单 位：

申 请 时 间：

玉溪市医疗保险中心制

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | |
| 机构代码 | |  | | 法定代表人 | |  | |
| 所有制形式 | |  | | 机构类别 | |  | |
| 医院等级 | |  | | 邮政编码 | |  | |
| 单位地址 | |  | | | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 执业许可证号 | | | |  | | | |
| 单位开户银行及账号 | | | |  | | | |
| 卫生  技术  人员  构成 |  | | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 |
| 医生 | |  |  |  | |  |
| 护士 | |  |  |  | |  |
| 医技人员 | |  |  |  | |  |
| 药师 | |  |  |  | |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 评估小组评估意见 | (印 章)  年 月 日 | | | | | |

备注：本机构万元以上仪器设备有CT 台，MRI 台，彩超 台黑白B超 台，X光机 台，生化仪 台，TCT 台，ECT 台，碎石机 台，透射仪 台。