****济宁市微山县医疗保障定点医疗机构申请表****

申请单位：（公章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | | |
| 单位类别 | □综合 □中医 □中西医结合 □民族医 □其它 | | | | |
| 单位级别 | □诊所 □社区 □一级 □二级 □三级 □其它 | | | | |
| 申请类别 | □住院定点 □门诊统筹定点 □个人账户定点 | | | | |
| 经营性质 | □公立  □民营营利  □民营非营利 | | 服务类型 | □职工 □居民 | |
| 法定代表人 |  | | 联系电话 |  | |
| 医疗机构执业许可证编号 | |  | | | |
| 成立时间 | 年 月 日 | | 场所面积 | (㎡) | |
| 单位人数 | （人） | | 参保人数 | （人） | |
| 床位情况 | 核定床位： 张；开放床位： 张 | | | | |
| 科室设置 | 临床科室 | | 个 | 医技科室 | 个 |
| 卫生技术人员 | 执业医师 | 共  人，其中：高级  人，中级  人，初级  人。 | | | |
| 注册护士 | 共  人，其中：高级  人，中级  人，初级  人。 | | | |