附件1

定点评估机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | 邮政编码 | |  |
| 法定代表人 | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 负责人（联系人) | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 评估机构类型 | | □医院 □护理院 □养老机构 □护理服务公司□专业评估机构 | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | |
| 护理服务机构营业执照号 | | |  | | | | | | |
| 专业评估机构执业许可号或营业执照号 | | |  | | | | | | |
| □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 □专业评估机构执业许可号或营业执照号 | | | | | | | | | |
| 机构证书号 | | |  | | | | | | |
| 评估人员  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 | |  |  | |  | |  |  |
| 申请单位  意见 | 法人代表签字（申请单位印章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市医保经办机构  初审意见 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 市医疗  保障局  复核意见 | 年 月 日 | | | | | | | | |