附件1

上饶市医疗保障定点医疗机构

申 请 表

医疗机构名称（公章）：

申请日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 医疗机构地址 |  |
| 所在县、区 |  | 乡镇、街道 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 主管部门 |  |
| 邮政编码 |  | 开始营业年月 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 医保负责人 |  | 联系电话 |  |
| 核定床位数 |  | 实际开放床位数 |  |
| 建筑面积 |  | 医疗业务用房面积 |  |
| 开户银行及账号 |  |
| 诊疗科目范围 |  |
| 卫生技术人员构成情况 | 类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医生 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 医技 |  |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 上年度医疗收入情况 | 总收入 万元，其中药品 万元，医用材料 万元检查化验 万元，手术、治疗 万元，其他 万元 |
| 医疗机构基本情况介绍 |  |
| 评估情况 |  |
| 公示情况 |  |
| 评估准入意 见 |  |