枣庄市长期护理保险协议服务机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 机构类别 | 医疗机构 □ 养老机构 □ 其他机构 □  |
| 医院等级（医院填写） |  | 执业许可证号 |  |
| 法定代表人及身份证号码 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 开户银行及帐号 |  |
| 专门管理科室 | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 护理专区 | 执业医师 | 共 人，其中：高级职称 ，中级职称 ，初级职称  |
| 注册护士 | 共 人，其中：高级职称 ，中级职称 ，初级职称  |
| 其他人员 | 共 人 | 合计 |  |
| 床位情况 |  |
| 法定代表人签字（单位印章）： 年 月 日 |
| 市医疗保险经办机构意见 | （印章） 年 月 日 |