附件

陕西省**长期护理保险定点护理服务机构申请表**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 统一社会  信用代码 |  | | | | | 所 属 区（县） |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 | |  | | 联系电话 |  |
| 主要负责人 |  | 身份证号 | |  | | 联系电话 |  |
| 实际控制人 |  | 身份证号 | |  | | 联系电话 |  |
| 联 系 人 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 机构类型 | □医疗机构 □养老机构 □其他企业或社会组织 | | | | | | |
| 提供服务  方 式 | □机构护理服务 □居家护理服务 □社区护理服务 | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 机构证书号 | |  | | | | | |
| 护 理  人 员  构 成 | 人 员  类 别 | 总人数 | 长期  照护师 | | 养老  护理员 | 医疗  护理员 | 其他 |
| 护理员 |  |  | |  |  |  |
| 人 员  类 别 | 总人数 | 高级职称 | | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| 注 册  医 师 |  |  | |  |  |  |
| 注 册  护 士 |  |  | |  |  |  |
| 合 计 |  |  | |  |  |  |
| 床位数 | 总床位数 | | | | 其中护理区床位数 | | |
|  | | | |  | | |
| 自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为长期护理保险定点护理服务机构。本单位承诺：本次提供的所有申请材料均真实有效，且在成为定点长护服务机构后，机构的各项软硬件不低于本机构申请时的各项条件，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。                             法人代表签字（盖章）：  单位（盖章）： | | | | | | | |