

附件 1

重庆市长期护理保险 协议护理机构申请表

申 请 单 位：

申 请 时 间： 年 月 日

重庆市医疗保障局印制

单位名称						
单位地址						
法定代表人		身份证号				
所有制性质	公立 <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/>		经营性质	营利 <input type="checkbox"/> 非营利 <input type="checkbox"/>		
申请服务类型	机构护理 <input type="checkbox"/> 居家护理 <input type="checkbox"/> 机构和居家护理 <input type="checkbox"/> 日间照护 <input type="checkbox"/>					
服务场所情况	服务场所性质		服务场所面积			
	自有 <input type="checkbox"/> 租赁 <input type="checkbox"/>		建筑面积			
	租期		营业面积			
机构护理	床位设置					
	核定床位： 张；实际开发床位：张；其中专护床位：张					
业务管理部门	负责人		联系电话（手机）			
	业务联系人		联系电话（手机）			
信息管理部门	负责人		联系电话（手机）			
	业务联系人		联系电话（手机）			
人员构成	职工总人数	社保参保人数	劳动合同签订人数	劳务派遣人数	退休返聘人数	其他
	注册护士	共 人，其中：高级职称 人；中级职称：人； 初级职称 人				

	康复治疗师	共 人,其中:高级职称 人;中级职称: 人; 初级职称 人
	健康管理师	共 人,其中:高级职称 人;中级职称: 人; 初级职称 人
	其他工作人员	共 人
申请单位意见	<p style="text-align: center;">法人代表签字(申请单位印章):</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
医保经办机构 审核意见	<p style="text-align: right;">年 月 日</p>	