附件2

**济宁市基本医疗保险门诊定点医疗机构**

**申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称** |  | | | | | | |
| **详细地址** |  | | | | | | |
| **联系人** |  | | | **联系电话** | |  | |
| **机构代码** |  | | | **法人代表** | |  | |
| **所有制形式** |  | | | **机构类别** | |  | |
| **诊疗科目** |  | | | **经营性质** | |  | |
| **大型仪器设备**  **名称和数量** |  | | | | | | |
| **执业许可证号** |  | | | **批准时间和**  **有效期限** | |  | |
| **上年度业务收入** |  | | | **建筑面积** | |  | |
| **卫生**  **技术**  **人员**  **构成** | |  | **总人数** | **高级职称** | **中级职称** | **初级职称** | **参加社会保险情况** |
| **医生** |  |  |  |  |  |
| **护理** |  |  |  |  |  |
| **医技人员** |  |  |  |  |  |
| **其他人员** |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |
| **申**  **请**  **内**  **容** | | **（申请单位印章）**  **法人代表签字： 年 月 日** | | | | | |
| **医**  **疗**  **保**  **险**  **经**  **办**  **机**  **构**  **意**  **见** | | **（印章）**  **负责人签字： 年 月 日** | | | | | |