**兵团一师工伤保险协议医疗机构申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 所有制形式 |  | 医疗机构类别 |  |
| 医疗机构等级 |  | 经营性质 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 医疗机构执业  许可证号 |  | 执业许可证有  效时间 |  |
| 银行名称 |  | 银行行号 |  |
| 银行户名 |  | 银行账号 |  |
| 申请单位  意见 | 自愿承担一师工伤保险服务，申请成为一师工伤保险  协议医疗机构，并对以下事项作出承诺：  承诺知晓申请工伤保险协议医疗机构协议管理的相关  流程和要求，如签订服务协议，严格按工伤保险政策和协议  要求规范提供工伤保险服务，如有违法违规行为，将承担相应责任。  法人代表： （单位印章）  经办人 ：    年 月 日 | | |
| 社保部门  意见 | 年 月 日 | | |