兵团一师工伤保险康复协议机构

申 请 书

申请单位 (公章）

申请时间

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 医院等级 |  |
| 所有形式 |  | 机构类别 |  |
| 法定代表人 |  | 法定代表人身份证号 |  |
| 住 所 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 职业许可证号 |  |
| 开户银行名称 |  | 开户银行行号 |  |
| 户名 |  | 账号 |  |
| 康复技术人员构成 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 康复技术人员构成 | 康复专业医师 |  |  |  |  |
| 经过专业培训的康复治疗师 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 科室设置及床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 科室设置及床位数 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 合计 |  | 合计 |  |
| 申请内容 | 法定代表人（签字） 年 月 日 |
| 评估确认结果 |   第一师社会保险事业管理中心（代章） 年 月 日 |