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 | | | | | | | |