**附件：**

**郑州市工伤保险定点医疗（康复）机构资格申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  名 称 | |  | | | | 医疗机构性 质 | |  | |
| 医疗机构  地 址 | |  | | | | 医疗机构等 级 | |  | |
| 执业许可证号 | |  | | | | | | | |
| 机构法人姓名 | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 联系部门  及联系人 | |  | | | 联系方式 | |  | | |
| 卫生  技术  人员  构成 |  | | 人数 | 高级职称 | | 中级职称 | | 初级职称 | |
| 医生 | |  |  | |  | |  | |
| 康复专业医师 | |  |  | |  | |  | |
| 康复治疗师 | |  |  | |  | |  | |
| 护士 | |  |  | |  | |  | |
| 医技  人员 | |  |  | |  | |  | |
| 其他  人员 | |  |  | |  | |  | |
| 合计 | |  |  | |  | |  | |
| 申请  内容 | （单位盖章）  法人代表签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 各县（市）、区人力资源和社会保障行政部门初审意见 | （市区医疗机构此栏为空）  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 市人力资源和社会保障行政部门审查意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |