**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 |