附件1

**贵州省省本级基本医疗保险定点医疗机构**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | | 身份证号码 |  | |
| 执业许可证  登记号或  营业执照统一社会信用代码 |  | | | 发证日期 |  |
| 医疗机构类别 |  | | 医疗机构  经营性质 |  | |
| 医疗机构级别 |  | | 注册床位数 |  | |
| 是否公立医院 |  | | 拨款户名 |  | |
| 开户银行名称 |  | | 开户银行账号 |  | |
| 开户银行行号 |  | | 开户银行总行号 |  | |
| 申请人姓名 |  | | 联系电话 |  | |
| 卫技人员构成 | 类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医师 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |  |
| 技师 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 机构简介：（可另附页申报） | | | | | |
| **法定代表人承诺：所提供的申办资料全部真实有效，如有虚假，视为无效申请，并承担由此造成的后果！**  签字： 公章  日期： | | | | | |