

附件

四川省省本级新冠病毒感染临时收治医疗机构

申 请 表

申请单位_____

申请时间_____

四川省医疗保障事务中心印制

医疗机构名称		医疗机构地址			
统一社会信用代码		所有制形式及 医疗机构等级			
执业许可证号		主管部门			
经营性质		正式运营时间			
批准床位数		经营面积			
基本账户开户银行 及账号					
法定代表人	姓名：	联系电话			
	身份证号：				
实际控制人 (主要负责人)	姓名：	联系电话			
	身份证号：				
主管医保工作 负责人	姓名：	联系电话			
医保职能部门 联系人	姓名：	联系电话			
在职职工人数		在本单位购买 社保、医保人数			
申请业务内容	新冠门急诊 <input type="checkbox"/> 新冠住院 <input type="checkbox"/>				
卫技人员 汇总情况 (以注册人员为准)		人 数	第一注册地在本机构的人数		
	医 生				
	护 士				
	医 技				
	药 师				
	合 计				
科室设置、医护人员 (以注册人员为准)、 病床数情况	科 室	住院开放 床位数	医生人数（其 中第一注册地 在本医疗机构 的人数）	护士人数	其 他
大型医疗设备信息	品 种		型号、数量	购买年月	有效期

申请承诺	<p>本机构自愿申请纳入新冠病毒感染临时收治医疗机构管理，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字：</p> <p style="text-align: center;">单位盖章：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			
	联系人		联系电话	