表8

重庆市基本医疗保障

定点医疗机构申请表

申请单位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 请 时 间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | 是否为非营利  性医疗机构 | | | | 是　　　　否 | | | | | |
| 执业许可证号 |  | | | | 医院等级 | | | |  | | | | | |
| 开户银行  及帐号 |  | | | | 主管部门 | | | |  | | | | | |
| 正式运营时间 |  | | | | 营业面积 | | | |  | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | |
| 医保主管领导 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 医保职能部门 | 负责人 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 专职人数 | | | | 兼职人数 | | | |  | | | | | |
| 床位情况 | 核定住院床位数 | | | | 实际住院开放  床位数 | | | |  | | | | | |
| 急诊观察床位数 | | | | 临时观察  床位数 | | | |  | | | | | |
| ICU床位数 | | | CCU床位数 | | | | | 特需病房床位数 | | | | | |
| 职工情况 | 在职职工人数 | | | | | | | | | | | | | |
| 卫技人员  构成  (以注册人员为准) |  | | 总人数 | | | 高级职称 | | 中级职称 | | | 初级职称 | | | |
| 医　生 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 护　士 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 医　技 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 药　师 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 合　计 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 科室设置  及病床数  (以注册人员为准) | 序号 | 科室 | 住院  开放床位数 | | | 医生人数 | | 护士人数 | | | 其他 | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
| 大型医疗设备清单 | | | | | | | | | | | | |
| 品种 | | | | 型号及数量 | | | | 购买年月 | | | 有效期 | | |
| 电子束扫描诊断仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| X线计算机断层扫描仪（CT） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 彩色多谱勒超声诊断仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 爱克斯刀（X刀） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 医用直线加速器 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 眼科准分子激光治疗仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 磁共振成像仪（MRI） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 数字减影血管造影装置（DSA） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 核素计算机断层显象仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 细胞刀 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 超高速CT(UPCT) | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 正电子发射断层扫描装置（PET） | | | |  | | | |  | | |  | | |

大型医疗设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 其他大型医疗仪器设备清单 | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申  请  承  诺 | 本单位对申请内容的真实性负责，如有提供虚假不实材料或未按要求合法合规提交申请，将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。    　　　　　　　　　　法人代表签字 ： （单位公章）  　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 申请经办人 |  | 联系电话 |  |
| 备  注 |  | | |

注：卫技人员花名册由申报单位单独附表同时报送

卫技人员花名册

医疗机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室及  岗位 | 姓名 | 性  别 | 身份  证号码 | 专业种类 | 职称 | 执业资格  证及编号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、“专业种类”应与执业证书内容相符；

2、“科室及岗位”栏填具体科室和职务；

3、此表上报时需附执业证注册证复印件并由医疗机构盖章确认，公立医院可直接提供卫生健康部门的注册情况说明。