# 附件3：

# **唐山市长期护理保险定点服务机构申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 及联系电话 |  |
| 机构等级（医养、养老填写） |  | 长护项目联系 |  |
| 人及联系电话 |  |
| 收费标准 |  | 长护系统对接 |  |
| 人及联系电话 |  |
| 机构性质 | □非营利性 □营利性 □公立 □民营 |
| 机构地址 | □自有 □租赁 |
| 机构类别 | □医养结合机构 □养老机构 □居家护理机构 |
| 取得执业许可证或营业执照时间 |  | 执业许可证或营业执照登记号 |  |
| 职工人数 |  | 社保参保缴费人数 |  |
| 人员 | 临床医师（人数） | 护理人员（人数） |
| 主任医师 | 副主任医师 | 注册护士 | 护工 |
|  |  |  |  |
| 填表人： | 申请单位（公章）： |

注：临床医师人数仅限医养结合机构填写。