**附件1**

**长春市工伤保险协议服务机构签约申请表**

申请单位：（公章） 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | |
| **机构代码** |  | | | | **法人代表** |  |
| **所有制**  **形 式** |  | | | | **申请定**  **点类别** | □工伤医疗  □工伤康复  □辅具配置 |
| **医院等级** |  | | | | **邮政编码** |  |
| **单位地址** |  | | | | | |
| **是否当地基本医疗保险定点服务机构** | | | | | | □是 □否 |
| **联系人** |  | | **联系电话** | |  | |
| **执业许**  **可证号** |  | | | | | |
| **单位开**  **户银行** |  | | | **单位账号** |  | |
| **卫生技术**  **人员构成** | **分类** | **总人数** | | **高级职称**  **（假肢制作师）** | **中级职称**  **（矫形器制作师）** | **初级职称** |
| **医 生** |  | |  |  |  |
| **护 士** |  | |  |  |  |
| **医技人员** |  | |  |  |  |
| **其他人员** |  | |  |  |  |
| **合 计** |  | |  |  |  |

**长春市社会保险事业管理局制**