**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**