**附** **件** **1**

**吉林省工伤保险协议服务机构签约申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |