

宁夏回族自治区长期护理保险失能等级定点评估机构申请表

| | | | | | | |
|---|---|-----|------|------|------|----|
| 机构名称 | | | | | | |
| 单位地址 | | | | | 邮政编码 | |
| 法定代表人 | | | 联系电话 | | | |
| 联系人 | | | 联系电话 | | | |
| 机构类型 | <input type="checkbox"/> 独立评估机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 商业保险机构 <input type="checkbox"/> 其他机构 | | | | | |
| 以下根据机构类型及实际情况对应填写 | | | | | | |
| 执业许可证号 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 事业单位法人证书号 <input type="checkbox"/> 民办非企业单位等级证书号 <input type="checkbox"/> 营业执照号 | | | | | | |
| 机构证书号 | | | | | | |
| 评 估 员 | 人员类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| | 医学类 | | | | | |
| | 康复类 | | | | | |
| | 护理类 | | | | | |
| | 长期照护类 | | | | | |
| | 养老服务类 | | | | | |
| | 其他医技人员 | | | | | |
| | 合计 | | | | | |

| 评估专家 | 人员类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
|------|--------|-----|------|------|------|----|
| | 医学类 | | | | | |
| | 康复类 | | | | | |
| | 护理类 | | | | | |
| | 长期照护类 | | | | | |
| | 养老服务类 | | | | | |
| | 其他医技人员 | | | | | |
| | 合计 | | | | | |

自愿承担长期护理保险失能等级评估，申请成为宁夏回族自治区长期护理保险定点评估机构。本单位承诺：本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。

法人代表签字（盖章）：

单位（盖章）：

年 月 日

填表说明：1. 请按照提供的材料填写，填写内容必须真实无误。2. 可选项的填写请在对应方框内打“√”。3. 此表一式两份，盖章后提交。