

附件 1

广州市精神残疾人专科治疗医疗机构 康复服务申报认定表

（市级定点机构用表）

机构名称					
机构地址		邮政编码			
机构代码 (机构登记证号码)		主管部门 (审批机关)			
机构性质		<input type="checkbox"/> 公 办 (<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 人社 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 社会办 (<input type="checkbox"/> 民办公助 <input type="checkbox"/> 民办非企业 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 商事登记) <input type="checkbox"/> 其 他			
机构开设的 诊疗科目					
法定代表人		是否独立 法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	联系电话	
机构负责人					
成立时间		职工人数		本项目专业 技术人员人数	
场地来源		<input type="checkbox"/> 自有产权 <input type="checkbox"/> 政府划拨 <input type="checkbox"/> 租赁 租期起止:		场地面积	
基本情况	人员类别	姓名	职称	执业范围	主要执业机构
专业 技术 人员 构成	医师				
	护理人员				
	合计人数				
已开展的 同类服务 业绩情况					

