商洛市定点医药机构备案申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | 级别等次 | | | | |  | |
| 法人代表 | |  | | | 身份证号 | | |  | | |
| 经营性质 | | 公立□ 民营□  营利□ 非营利□ | | | 服务类型 | | | 零售药店□门诊□住院□ | | |
| 机构地址 | |  | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| （药品经营）  医疗机构执业许可证号 | | |  | | | | 有效期 |  | | |
| 营业执照或  事业单位法人证书编号 | | |  | | | | | | | |
| 人  员  构  成  情  况 | 执业药师 | | 共人 | | | 药师 | | | | 共人 |
| 执业医师 | | 共人，其中：高级职称人,中级职称人,初级职称人 | | | | | | | |
| 乡村医生 | | 共人。 | | | | | | | |
| 注册护士 | | 共人，其中：高级职称人,中级职称人,初级职称人 | | | | | | | |
| 其他人员 | | 共人 | | | **合 计** | | | |  |
| 科室设置情况 | | | 临床科室： 个；医技科室： 个 | | | | | | | |
| 床位情况 | | | 核定床位： 张；开放床位： 张 | | | | | | | |
| 县区医保  经办机构意见 | | | (单位印章)  法人代表签字 年 月 日 | | | | | | | |
| 市级医保  经办机构意见 | | |  | | | | | | | |