

附件 1

## 江苏省工伤康复协议医疗机构申评表

医疗机构名称 (盖章):		
法定代表人:	执业许可证号:	
执业地址:		
注册地址:		
联系人:	电话:	联系地址: (请打√)
	手机:	<input type="checkbox"/> 执业地址; <input type="checkbox"/> 注册地址
<b>科室配置:</b> (已有项打√) 科室名称: <input type="checkbox"/> 康复科; <input type="checkbox"/> 理疗科; <input type="checkbox"/> 其他 _____。 康复病床数: _____ 张; 科室面积: 病房区 _____ m <sup>2</sup> ; 治疗区 _____ m <sup>2</sup> 。		
<b>康复业务部门设置:</b> (已有项打√) <input type="checkbox"/> 功能评定室; <input type="checkbox"/> 理疗室; <input type="checkbox"/> 运动治疗室; <input type="checkbox"/> 作业治疗室; <input type="checkbox"/> 语言治疗室; <input type="checkbox"/> 心理治疗室; <input type="checkbox"/> 康复支具室; <input type="checkbox"/> 其他_____。		
<b>康复专科设备:</b> (已有项打√) <input type="checkbox"/> 评估设备; <input type="checkbox"/> 运动治疗设备; <input type="checkbox"/> 理疗设备; <input type="checkbox"/> 作业治疗设备; <input type="checkbox"/> 语言治疗设备; <input type="checkbox"/> 心理治疗设备; <input type="checkbox"/> 康复工程设备; <input type="checkbox"/> 其他_____。		
<b>康复专业人员配置:</b> 康复专业人员总人数: _____ 人, 其中: 医生人数: _____ 人 (高级 _____ 人, 中级 _____ 人, 初级 _____ 人); 治疗师人数: _____ 人 (高级 _____ 人, 中级 _____ 人, 初级 _____ 人); 护理人员: _____ 人 (高级 _____ 人, 中级 _____ 人, 初级 _____ 人); 心理治疗师人数: _____ 人; 康复工程技师: _____ 人; 其他人员人数: _____ 人。		

**近3年康复业务情况:**

年出院人数: \_\_\_\_\_ ; 年门诊人次: \_\_\_\_\_ ;

年康复治疗技术差错率: \_\_\_\_\_ % ; 康复设备完好率: \_\_\_\_\_ % 。

**申报材料清单:** (已有项打√)

《医疗机构执业许可证》、《营业执照》(《民办非企业单位登记证书》、《事业单位法人证书》) 副本及复印件;

执业医师、护理员名册及各类从业人员执业资格证书及注册证复印件;

医疗机构科室及床位设置清单、医疗仪器设备清单;

医疗机构所处地理方位图、房屋权属证书或租房协议书复印件;

其他:

备注: 上述材料均需加盖申请单位公章后提交。评估小组在实地核查环节核验申报材料的真实性和有效性。

**申请机构承诺书:**

我机构自愿承担工伤康复服务, 申请成为工伤康复协议医疗机构, 并对以下事项作出承诺:

1. 承诺知晓申请工伤康复协议医疗机构的相关流程和要求, 所提供的材料及证明材料真实完整。

2. 承诺已按江苏省工伤康复协议医疗机构条件比照本机构资质、科室、人员、设备、项目、管理及信息化建设情况, 确认达到江苏省工伤康复协议医疗机构条件。

3. 承诺本机构自提出申请之日起前一年没有违法违规行为以及被卫生健康部门行政处罚或正在接受相关部门调查处理的情况, 且未发生过重大、特大医疗安全事件。如提供的材料与事实不符, 将承担提供虚假材料所造成的一切后果。

4. 如签订服务协议, 承诺严格按照工伤保险规定和协议要求, 规范提供服务, 如有违规行为, 将承担相应责任。

申请单位印章:

法定代表人签字:

年 月 日