|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件1： |  |  |  |
| **铁岭市住院康复治疗按床日费用结算资质申请表** | | | |
| 定点编号 |  | 医疗机构名称 |  |
| 医疗机构类别 |  | 医疗机构级别 |  |
| 康复医学科：床位数（ ） 康复医师人数（ ） 康复治疗师人数（ ） | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 承诺事项 | 1、已经认真阅读学习铁医保发12号文件，了解文件相关内容，严格按文件要求申请相关资质，如条件不符及时申请取消。2、提交材料真实有效。 | | |
| 申请原因 |  | | |
|  |  | 单位印章： |
|  |  | 日期： |
| 审核意见（所辖区市县医保经办机构意见）： | | | |
|  |  |  | 单位印章： |
|  |  |  | 日期： |