附件2

广东省残疾人康复服务定点康复机构申请审批表

（类别 医疗康复 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | □公办（□残联 □卫生 □教育 □民政 □其他 ）□非公办（□民办公助 □民办非企业类 □社会组织 □民办 □工商类 □其他 ）  |
| 机构资质 | □医疗 □教育 □其他  | 许可证号 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | 员工数 |  |
| 服务场地面积 |  | 年服务人数 |  |
| 基本情况 | 总人数 | 中级以上职称 | 初级职称 | 其他 |
| 技术人员构成 | 医 生 |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 康复治疗师 |  |  |  |  |
| 康复工程师 |  |  |  |  |
| 康复教师 |  |  |  |  |
| 管理人员 |  |  |  |  |
| 社 工 |  |  |  |  |
| 其 他 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |
| 已开展的康复服务项目 |  |
| 申请服务项目 | 视力残 疾 | 0-6岁儿童 | □康复医疗 □康复训练 □辅助器具□ 支持性服务  |
| 7岁以上儿童及成人 | □康复医疗 □康复训练 □辅助器具适配□ 支持性服务 |
| 听力言语残 疾 | 0-6岁儿童 | □康复医疗 □康复训练 □辅助器具□ 支持性服务 |
| 7岁以上儿童及成人 | □康复医疗 □辅助器具适配□ 支持性服务 |
| 肢体残 疾（脑瘫） | 0-6岁儿童 | □康复医疗 □康复训练 □辅助器具□ 支持性服务 |
| 7岁以上儿童及成人 | □康复医疗 □康复训练 □辅助器具□ 支持性服务 |
| 智力残 疾 | 0-6岁儿童 | □康复医疗 □康复训练 □ 支持性服务 |
| 7岁以上儿童及成人 | □康复医疗 □康复训练 □ 支持性服务 |
| 精神残 疾 | 0-6岁孤独症儿童 | □康复医疗 □康复训练 □ 支持性服务 |
| 7岁以上孤独症儿童及成人 | □康复医疗 □康复训练 □ 支持性服务 |
| 专家组意见（是否符合准入标准） |  |
| 主管部门意见 |   负责人签字： （盖章）年 月 日  |
| 本级残联意见 |  负责人签字： （盖章）年 月 日  |

说明：1.标题中类别是指：“医疗康复”、“基本辅具服务”、“社区康复服务”、“残疾儿童康复”四大类；2.“专家组意见”栏由当地残联组织专家评审后填写；3.“主管部门意见”栏：没有主管部门的机构不需要填写。