附件1

**中山市残疾人康复服务定点康复机构申请审批表**

**（ 类别 ）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。