附件3

首批医养结合远程协同服务机构推荐表

**所在区：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | 医疗机构名称： | | | |
| 养老机构名称： | | | |
| 注册地址 |  | | | |
| 医疗执业资质 |  级等，机构类型: | | | |
| 医疗执业发证机关 |  | | | |
| 医疗机构注册法人 |  | 机构性质 | | 政府办 社会办 个人办 |
| 医师数量 | 医师 人；主治医师 人；副主任及以上医师 人 | | | |
| 养老机构资质 | 有 无 | | | |
| 养老机构注册法人 |  | 机构性质 | | 公办公营 公建民营  民办民营 |
| 医疗床位数量 |  | 养老床位数量 | |  |
| 医保定点机构 | 是 否 | | | |
| 远程医疗平台 | 有无 | 品牌、类型 | |  |
| 联系人 |  | 手机 | |  |
| 申请机构意见（盖章）  年 月 日 | | | 区卫生健康委意见（盖章）：  年 月 日 | |