# 附件2

# 优质医养结合示范机构申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 | 报 | 单 | 位（ 盖 | 章 ） |
| 推  申 | 荐 | 单  报 | 位（ 盖  日 | 章 ）  期 |

### 安徽省卫生健康委员会 安徽省民政厅制

**填 表 说 明**

一、本表为优质医养结合示范机构推荐用表；

二、本表用打印方式填写，使用仿宋小四号字体，数字统一使用阿拉伯数字；

三、填写内容必须准确，单位填写全称，负责人职务等要按照国家有关规定详细填写，推荐单位指各市及省直管县（市）卫生健康和民政部门；

四、机构性质选填公建公营、公建民营、民办民营以及其他类型等经营方式；

五、医养结合服务开展情况要求重点突出，字数1500字左右，可另行附页；

六、何时何地受过何种奖励或荣誉称号要求近三年内机构所获得的奖励或荣誉称号；

七、有效证件及获奖证书复印件粘贴处需粘贴医疗机构许可证及养老机构许可证或相关备案材料复印件，需注明与原件一致，并加盖单位公章。

八、此表上报一式五份，规格为A4纸，正反面打印。

# 优质医养结合示范机构申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | | |
| 统一社会信用 代码 | |  | | | | | | 养老机构取得资质 时间 | | |  |
| 医疗机构取得资质 时间 | | |  |
| 机构地址 | |  | | | | | | | | | |
| 机构性质 | |  | | | | | | | | | |
| 负责人 | | 姓名 | |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 职务 | |  | | 学 历 | | |  | | |
| 机构 基本情况 | 是否为省级医养结合示范 单位 | 机构内入住老年 人数 | 机构内入住失能、半失能老年人数 | | 养老床位数 | 医疗 床位数 | 医疗和养老  床位  总使用数 | | 医疗卫生服务 人员数 | 养老服务 人员数 | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 医养结合 服务开展 情况 | |  | | | | | | | | | |
| 申报材料  真实性承诺 | | 我单位申报的所有材料，均真实、完整，如有不实，愿承担相应责任。  法定代表人或负责人签字:  （公 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种奖励或荣誉称号 | |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 各级卫生健康和民政部门意见 | |
| 县（市、区）卫生健康委意见  （盖 章）    年 月 日 | 县（市、区）民政局意见  （盖 章）    年 月 日 |
| 市卫生健康委意见  （盖 章）  年 月 日 | 市民政局意见  （盖 章）    年 月 日 |
| 省卫生健康委意见  （盖 章）  年 月 日 | 省民政厅意见  （盖 章）  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 有效证件及获奖证书复印件粘贴处 |
|  |