养老机构设立申请表

养老机构名称

年 月 日

说 明

一、养老机构设立申请表必须如实填写，字迹清楚工整。

二、养老机构设立申请表必须同时提交《山东省养老机构设立许可办法》所规定的有关材料。

三、此表一式三份。申请单位、许可机关、市民政局各一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | | | | | | | | | | |
| 养老机构名称 | |  | | | | | | 申办人 |  | |
| 地 址 | |  | | | | | | | | |
| 电 话 | |  | | | 邮 编 |  | | 核定床位数（张） |  | |
| 机构性质 | |  | | | 房屋性质 |  | | 投资总额（万元） |  | |
| 房 屋（㎡） | 占地总面积 | |  | | 建筑面积 | |  | | | |
| 入住人员用房 | |  | | 单床使用面积 | |  | | | |
| 医务用房 | |  | | 文化娱乐用房 | |  | | | |
| 后勤用房 | |  | | 康复活动用房 | |  | | | |
| 伙 房 | |  | | 休息会客用房 | |  | | | |
| 餐 厅 | |  | | 其 他 | |  | | | |
| 办公用房 | |  | |
| 职 工 状 况 | 职工总数 |  | 医 护 人 员 | 医 生 | 小 计 |  | 护 理 员 | 小计 |  | |
| 其 中 | | 高级职称 |  | 高级技工 |  | |
| 小 计 |  | 中级职称 |  | 中级技工 |  | |
| 管理人员 |  | 初级职称 |  | 初级技工 |  | |
| 医 护 |  | 护 士 | 小 计 |  | 培 训 情 况 | 已培训 | 培训 | |
| 护 理 |  | 高级职称 |  |
| 工 勤 |  | 中级职称 |  | 未培训 |  | |
| 临时用工 |  | 初级职称 |  |
| 其他人员 |  | | | 志愿工作者 | |  | | | |
| 主要医疗设备情况 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 服 务 范 围 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 收费标准（元） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

养老机构法定代表人登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | 男 | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | | | 电 话 |  |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 家庭地址 |  | | | 电 话 |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 个 人 简 历 | | | | | |
| 何年何月至何年何月 | | 在何部门 | | | 任何职 |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
| 签名（盖章） 年 月 日 | | | | | 照 片 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 许可机关意见 | 盖 章  年 月 日 | |
| 证书编号 | |  |
| 发证日期 | |  |