附件10

**广东省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 □辅助器具适配 □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 □辅助器具适配 □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 | 0-6岁儿童 | | | □康复医疗 □康复训练 □辅助器具适配 □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 | | | | | |
| 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。