工伤保险定点康复机构协议管理申请承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 经营性质 |  |
| 所有制形式 |  | 服务对象 |  |
| 医疗机构类别 |  | 医疗机构等级 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 医保结算编码 |  | 邮政编码 |  |
| 申请事项办理人 |  | 联系电话 |  |
|  第一注册地的康复专业 执业医师人数 |  | 专业康复治疗师 人数 |  |
| 康复病区 使用面积 |  | 实际开放 康复床位数 |  |
| 康复业务用房 使用面积 （不含病房） |  | 独立的康复功能 评定室使用面积 |  |
| 独立的康复 治疗室使用面积 |  | 独立的康复支具 安装室使用面积 |  |
| 申请单位意见 |  自愿承担工伤保险服务，申请成为工伤保险定点康复服务机构协议管理单位，并对以下事项作出承诺：1.承诺知晓申请工伤保险定点康复服务机构协议管理的相关流程和要求，所提供的材料真实完整。2.严格履行服务协议，承诺严格按工伤保险政策和协议管理要求提供工伤康复服务，若有违法违规行为，将承担相应责任。 （单位印章） （法人代表印章） 经办人签字： 申请时间 年 月 日 |