附件3

**长春市敬老助浴项目服务**

**机构申请表**

 填表时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 机构代码 |  | 注册地址 |  |
| 固定运营场所地址 |  | 机构类型 | 🞎养老机构 🞎其他护理机构 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 机构基础服务能力 | 专兼职医护人员（人） | 专职护理员（人） | 专职管理人员（人） | 是否具有1个拼接式便携浴缸；配备相关合格医疗护理用具及消毒、灭菌设备。 |
|  |  |  | 🞎是 🞎否 |
| 机构助浴服务经验 | 是否具有近三年内提供入户助浴服务的相关经验 | 机构服务安全 | 是否有评审标准中不予受理情形 |
| 🞎是 🞎否 | 🞎是 🞎否 |
| 综合指标 | （请罗列评审标准中综合指标得分事项） |