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） | | | | |