**附件2**

**通化市长期护理保险定点服务机构签约申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | |
| 所有制形式 |  | | 养老机构许可证号 | | | | |  |
| 法定代表人 |  | | 主要负责人 | | | | |  |
| 有效期限 |  | | 护理用房面积（平方米） | | | | |  |
| 单位开户银行账号 | | |  | | | | | |
| 护工人数 | |  | | | 床位数量 | |  | |
| 开展项目 | |  | | | | | | |
| 联系人 | |  | | 电话 | |  | | |