附件4

重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称 | 　 |
| 所有制形式 | 　 | 法人代表 | 　 |
| 医院等级 | 　 |  | 　 |
| 单位地址 | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 单位开户银行及账号 | 　 |
| 资质名称 | 有 | 无 |
| 生育医疗资质 | 　 | 　 |
| 母婴保健技术服务许可证 | 　 | 　 |
| 《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目” | 　　 |
| 申请内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　（单位印章）法人代表签字：　　年 　月　 日 |