

附件

## 湘西州残疾人辅助器具供应商、适配定点 机构申请审批表

机构名称				
机构地址				邮政编码
法定代表人		联系电话		登记主管 部门
成立时间			统一社会 信用代码	
机构性质	<input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 医疗卫生机构 <input type="checkbox"/> 其它			
机构简介 (含资质、人 员、评估、专 业设备、设 施、管理和服务 情况,简单 表述并附佐 证材料)				
机构申请	本机构申请成为_____类辅助器具定点(协议)服务机构, 在范围内开展服务。以上申请材料真实有效。 法定代表人(签章): _____ (盖章) 年   月   日			
残联意见	材料审核结果:  现场确认结果:  (盖章) 年   月   日			