附件1

重庆市老年人能力评估机构申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构类型 | □企业 □事业单位 □社会组织  □医疗机构 □长护险定点机构 | | |
| 统一社会信用代码 |  | 注册地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号码 |  |
| 业务范围 （要求包含“老年人能力评估”相关内容） |  | | |
| 评估人员 | 评估人员 人，其中具有医护背景 人，评估专家 人。 | | |
| 评估场所 | 地址：  面积： 平方米（独立评估室 ㎡）  无障碍设施：□齐全 □部分 □无 | | |
| 服务类型 | □上门评估 □定点评估 □其他： | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 其他说明 |  | | |

本单位承诺以上所填内容及提交材料真实有效。

申请单位（盖章）

年 月 日