附件2

**中山市残疾人康复服务定点评估机构申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | | |  | | | | | | |
| 机构地址 | | |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 机构代码  （机构登记证号码） | | |  | | | 主管部门  （审批机关） | |  | |
| 机构性质 | | | 🞎公办（🞎残联 🞎卫生 🞎教育 🞎民政 🞎其他 ）  🞎非公办（🞎民办公助 🞎民办非企业类 🞎社会组织 🞎民办  🞎工商类 🞎其他 ） | | | | | | |
| 机构资质 | | | 🞎医疗 🞎 教育 🞎其他 | | | 许可证号 | |  | |
| 法定代表人 | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 成立时间 | | |  | | | 评估人员数 | |  | |
| 服务场地面积 | | |  | | | 年服务人数 | |  | |
| 基本情况 | | | | 从事评估人  员类别（人） | 评估上岗  资格（人） | | 初级以上职称数 | | 其他 |
| 评估人员构成 | 医 生 | | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 | | |  |  | |  | |  |
| 康复治疗师 | | |  |  | |  | |  |
| 康复工程师 | | |  |  | |  | |  |
| 康复（特、幼）  教师 | | |  |  | |  | |  |
| 心理学专业 | | |  |  | |  | |  |
| 社 工 | | |  |  | |  | |  |
| 其 他 | | |  |  | |  | |  |
| 合 计 | | |  |  | |  | |  |
| 已开展的评估  项目 |  | | | | | | | | |
| 申请  评估  项目 | | 🞎听障康复评估 🞎肢体（脑瘫）康复评估 🞎智障康复评估  🞎精神障碍（含孤独症）康复评估 🞎视障康复评估 | | | | | | | | |
| 专家组意见  （是否符合准入标准） | |  | | | | | | | | |
| 主管  部门  意见 | | 负责人签字： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 本级  残联  意见 | | 负责人签字： （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |

说明：1.“专家组意见”栏由当地残联组织专家评审后填写；

2.“主管部门意见”栏：没有主管部门的机构不需要填写。

3. 此次评审机构申请项目为0-6岁儿童的康复和评估。