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。