附件：

**国际医疗旅游试点单位申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **单位地址** |  | **邮编** |  |
| **统一社会信用代码** |  |
| **官网网址** |  | **传真** |  |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | **邮箱** |  |
| **联系人** |  | **手机号** |  | **邮箱** |  |
| **基本情况** | □国有企业 □集团所有制企业 □股份有限公司 □有限责任公司 □股份合作制企业 □合作制企业 □个人独资企业 □中外合资企业 □中外合作经营企业 □外商独资企业 □港、澳、台投资企业 □其他企业 |
| 企业信用等级: 医疗机构信用评价等级：医疗机构能力评价等级： |
| 注册资金： 人民币/美元 |
| **机构规模** | （医疗机构填写）□ 三级综合 □ 三级专科 □ 二级综合 □ 二级专科□ 门诊部 □ 第三方独立医疗机构展开床位 张 |
| （中介机构、保险机构填写）* 集团 □ 独立企业
 |
| （酒店填写）* 三星 □ 四星 □ 普通五星 □白金五星
 |
| **单位简介：（可另附页）**1.单位基本情况介绍：包括机构发展历程、经营状况，医疗机构需提供学科建设、特色亮点，现展开国际合作情况，拥有海外医疗资源情况等内容；2.法人及机构无违纪证明；3.医疗机构、中介机构需提供近三年国际业务情况数据（含收治国际患者、输出海外治疗患者数量等）；4.中介机构需提供海外医疗合作机构签约证明（授权书或合同复印件）；5.医疗机构、中介机构需提供近3年内，3-5例国际医疗合作成功案例，涉及患者隐私可进行隐藏处理。 |
| **其他附加材料：**1.申请机构营业执照或执业许可证复印件；2.申请单位法定代表人身份证复印件；3.企业信用等级结果复印件。 |
| **申报单位意见：**法人签字：（单位盖章） 年 月 日 |
| **协会意见：**（盖章）中国非公立医疗机构协会 年 月 日 |