辅具器具配置机构功能分区一览表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 法人代表及联系电话 |  | 取得执业或营业许可证时间 |  |
| 机构地址 |  | 工伤保险联系人及电话 |  | 医疗、康复机构等级 |  |
| 功能分区情况 |  | | | | |
| 技术团队情况 |  | | | | |
| 主要产品介绍 |  | | | | |
| 服务网点情况 |  | | | | |
| 主要特色 |  | | | | |
| 申请理由 |  | | | | |