附件2：

长春市双阳区残疾人基本型辅助器具适配

定点服务机构申请审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 机构性质 |  □非营利性 □营利性 | 法定代表人 |  |
| 联系电话 |  | 申报时间 |  |
| 机构资质（许可） |   |
| 机构资质（许可）证号 |   |
| 成立时间 |  | 员工数量 |  |
| 机构申报辅助器具适配种类 | 类型 | □视力 | □听力 | □肢体 | □智力和精神 |
| 内容 | □助视器 | □助听器□人工耳蜗 | □行动类辅助器具□如厕辅助器具□生活类辅助器具 | □矫形器□假肢□矫形鞋 | □定位装置 |
| 服务场地面积 |  | 业务场地面积 |  |
| 专家审核意见 | 审核人签字：（盖章） 年 月 日 |

注：此表一式两份（区残联和定点服务机构各执一份）