

## 附件 4

# 重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

申请单位名称			
所有制形式		法人代表	
医院等级			
单位地址			
联系人		联系电话	
单位开户银行及帐号			
资质名称	有	无	
生育医疗资质			
母婴保健技术服务许可证			
《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目”			
申请内容	<p style="text-align: right;">(单位印章) 法人代表签字    年 月 日</p>		