

临汾市社会保障卡读卡终端申请表（县级）

申请单位信息			
单位名称		单位地址	
单位类型	<input type="checkbox"/> 三级特等医院 <input type="checkbox"/> 三级甲等医院 <input type="checkbox"/> 三级乙等医院 <input type="checkbox"/> 三级丙等医院 <input type="checkbox"/> 二级甲等医院 <input type="checkbox"/> 二级乙等医院 <input type="checkbox"/> 二级丙等医院 <input type="checkbox"/> 一级甲等医院 <input type="checkbox"/> 一级乙等医院 <input type="checkbox"/> 一级丙等医院 <input type="checkbox"/> 社区卫生服务中心（站） <input type="checkbox"/> 卫生院 <input type="checkbox"/> 门诊部、诊所、医务室、村卫生室 <input type="checkbox"/> 急救中心（站） <input type="checkbox"/> 妇幼保健院（所、站） <input type="checkbox"/> 专科疾病防治院（所、站） <input type="checkbox"/> 药店 <input type="checkbox"/> 智能终端设备 <input type="checkbox"/> 医保经办机构 <input type="checkbox"/> 自助机 <input type="checkbox"/> 银行社保卡服务窗口 <input type="checkbox"/> 社保卡窗口 <input type="checkbox"/> 制卡机 <input type="checkbox"/> 社保经办机构		
统一社会信用代码			
法人		联系方式	
主要负责人		联系方式	
办理人		联系方式	
终端管理员		联系方式	
社会保障卡读卡终端			
申请数量		现有数量	
现有读卡终端信息 (可附统计表)	终端型号	PSAM卡编号	终端设备序列号
申请读卡终端信息 (可附统计表)			
申请单位 主要负责人: _____ <div style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</div>			
县级人社部门 业务经办人: _____ 业务负责人: _____ 社保中心负责人: _____ <div style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</div>			
备注			

注：本表一式三份。