备案编号：ca-bhm-

**中国老龄产业协会“脑健康管理（基地、指导站、管理站）”基本要求申请表**

备案单位： （加盖公章）

基地名称：

备案时间：

中国老龄产业协会医养结合与健康管理工作委员会办公室监

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 机构全称 |  | |
| 注册地址 |  | |
| 机构联系 | 负责人： | 联系方式： |
| 经办人： | 联系方式： |
| 申请等级 | □脑健康管理基地 □脑健康指导站 □脑健康管理站 | |
| 机构简介 | 包括机构的所在地市、上级主管部门、机构设置、专兼职工作人员数量等、床位数、开展服务项目、长者入住数量、各岗位工作人员情况等。 | |
| 法人证明 | 请粘贴合作机构法人资质的相关证明及法定代表人身份证复印件（或上级单位出具的授权证明）。  粘贴复印件 | |
| 其他资料 | 请粘贴其他资料复印件 | |

填 写 说 明

1.备案企业填写《“脑健康管理基地”申请表》前应认真阅读本填写说明，并严格按照表中各项要求如实填写，要求层次分明，文字力求精炼、准确，不得使用非规范用语，外文名词应有对应的中文名称。

2.表格内容只代表提供项目的清单，具体内容须用A4纸打印，每页右侧盖骑缝章，左侧装订。