附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构名称（盖公章） |  | | | 法定  代表人 | |  | | | |
| 机构地址 |  | | 联系人 |  | | 联系电话 | | |  |
| 管理人员人数 |  | | 从业人员人数 |  | | 取得各类专业资格人员人数 | | |  |
| 服务机构资质情况 |  | | | | | | | | |
| 申请服务项目 | 计量单位 | 收费标准 | | | 服务标准（服务内容及达到的效果） | | | | |
|  |  |  | | |  | | | | |
| 服务可覆盖  区域 |  | | | | 佐证  说明 | |  | | |
| 龙华区服务点名称 | 地址 | | 电话 | | 联系人 | | 从业人员人数 | 取得各类专业资格人员人数 | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |
| 近一年所获  奖励 |  | | | | | | | | |
| 近一年受到  处罚 |  | | | | | | | | |

儋州市居家养老服务供应商申请表

声明：以上信息准确无误，并能反映机构正式情况。并保证上述收费标准不高于本机构向其他服务对象提供的同项服务收费标准。

法定代表人： 年 月 日