附件

老年人能力评估机构申请表

申请单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构类型 | □企业 □社会组织 □医疗机构 |
| 统一社会信用代码 |  | 注册地址 |  |
| 业务范围（需包含“老年人能力评估”相关内容） |  |
| 营业执照/民办非企业单位证书编号 |  |
| 评估场所信息 | 地址： 面积： 平方米（独立评估室≥15㎡） 无障碍设施：□齐全 □部分 □无  |
| 服务覆盖范围 | □全市 □区/县 □街道/乡镇 |
| 服务类型 | □上门评估 □定点评估 □其他： |
| 备注 |  |

本单位承诺：所填内容及提交材料真实有效。

法定代表人签字： 年 月 日