|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本溪市精康服务机构基本情况统计表 |
| 填报单位（公章）： |  | 单位负责人（签字）： |   |  | 填报时间： 年 月 日 |
| 序号 | 机构全称 | 机构地址 | 所在县（区） | 所属部门 | 机构类别 | 人员 情况 | 服务情况 | 联系人及联系方式 |
| 民政 | 卫健 | 残联 | 医院 | 社区康复服务机构 | 基层卫生医疗机构 | 残联康复服务机构 | 精神科医生 | 康复治疗师 | 心理咨询师 | 社会工作者 | 其他工作人员 | 患 者 人 数 | 服务人次 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.精康服务机构是指民政、卫健、残联所属能够提供精神障碍患者转介和康复服务的精神卫生医疗机构、民政福利机构、残联康复机 构、社区康复站点等。 2.本表由各县（区）民政、卫健、残联分别填报，同级民政负责汇总，逐级上报。 3.所属部门、机构类别，在相应表格内填“1”。 4.人员情况、服务情况，在相应表格内填人数或人次。 |