附件2：

养老服务企业信息表

填报单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 企业名称 | 单位性质 （企业或民非） | 注册资本 | 统一社会信  用代码 | 业务范围 | 运营项目 | 床位总数/护理型床位数  （护理型床位占比） | 是否具有医 养结合服务 | 入  住  率 | 联系人及  联系方式 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |