附件1

企业信息表

填报单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 企业名称 | 注册资本 | 企业性质（国有、民营、混合所有制等） | 运营床位（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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |