

附件一

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱				院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名				身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷				聯絡電話		
E-mail :							
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期		
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註	
	院所是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反			
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反			
	機構章戳						
料							

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。
	2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。
	3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。
	4 <input type="checkbox"/> 其他，_____。
	審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日