

附表一之五

健康署兒童衛教指導申請書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

本醫事機構自 年 月 日起申請參加健康署「兒童衛教指導」服務，並同意依本注意事項相關規定，落實執行兒童衛教指導，以維本服務之品質。

此 致

健康署

兒童衛教指導服務院所名稱：

院所層級：

健保特約醫事機構代碼：

地址：

聯絡人：

聯絡電話：()

醫事機構章戳

(醫事機構印章)

(代表人印章)

中 華 民 國 年 月 日

申請書附件 兒童衛教指導醫師名單

醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本
醫師姓名		專科醫師	<input type="checkbox"/> 小兒科， <input type="checkbox"/> 家醫科
			<input type="checkbox"/> 附上專科醫師證書影本
身分證字號 末三碼		訓練證書	<input type="checkbox"/> 附上訓練合格證書影本

※表格不敷使用時請自行影印。