附件2

100年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務 計畫申請表

申請日期： 年 月 日

<table>
<tr><td rowspan="5">基本資料</td><td>院所名稱</td><td></td><td>院所代碼</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td>醫師姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>中醫師證書字號</td><td>台中字第 號</td></tr>
<tr><td>醫師學經歷</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>院所地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">服務地區及時間</td><td>服務地區</td><td colspan="2">區分會 縣市
鄉鎮區 村</td><td>服務時間</td><td colspan="2">每週 次每星期</td></tr>
<tr><td>時段</td><td colspan="2">上午：</td><td colspan="2">下午：</td><td>晚上：</td></tr>
<tr><td>地址</td><td colspan="3"></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td>承作方式</td><td colspan="5">一律為基本承作費加服務量</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">審核情形</td><td rowspan="2">區分會審查意見</td><td>○同意，○不同意</td><td>原因</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">區分會主任委員簽章：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">中保會審查意見</td><td>○同意，○不同意</td><td>原因</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">中保會主任委員簽章：</td></tr>
</table>