

107 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

巡迴醫療地點：				縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)				
巡迴醫療期間：				民國	年	月	日到民國	年	月	日
時間：				每星期	上午(下午)	時	分至	時	分共	小時
駐點地址				駐點電話						
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號						
醫事服務機構地址				醫事服務機構電話						
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)										
醫師			藥事人員			護理人員			行政人員	
位			位			位			位	
醫師姓名						醫師姓名				
身分證統一編號						身分證統一編號				
證書字號						證書字號				
藥事人員姓名						護理人員姓名				
身分證統一編號						身分證統一編號				
證書字號						證書字號				

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：