附件一

全民健康保險中醫急症處置計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="12">基本資料</td><td>醫院名稱</td><td></td><td>機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td></td><td>聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">E-mail：</td></tr>
</table>

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		

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	□未違反□違反	
醫師是否二年內未違反健保相關法規	□未違反□違反	

機構章戳	

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