

附件一

101年全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫申請書

基本資料	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		檢附證明文件	件	
	e-mail :		聯絡電話 :		
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職	年資
			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		
每週診療時間					
檢送項目	項 目		審 查 結 果		備 註
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	其他醫事人力				
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄 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，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：			本欄由審查
	申請日期： 年 月 日				