

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫申請書

- 1、姓名：
- 2、身分證字號：
- 3、牙醫師證號：
- 4、各級公會資歷（請簡列三項）：
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- 五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外，山地離島偏遠地區醫療，口衛服務，社區醫療服務等）（請簡列三項）
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- 六、聯絡電話：（ ）
- 七、聯絡地址：
- 八、執業地點： 縣 鄉
- 九、預定執業時間： 年 月
- 十、診所名稱：
- 十一、原服務醫療院所地點 _____ 縣（市） 市（鄉鎮）
- 十二、原服務醫療院所名稱： _____

十三、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十四、「巡迴醫療服務」服務時間 共____小時/週

	一	二	三	四	五	六	日	
上午 時間								

下午 時間								
晚上 時間								

十五、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十六、各地方公會及分區委員會意見（請勿填寫）

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫計畫書內容

一、前言：請敘述執業動機，包括執業地點之醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一) 執業地區及人口分布：請竭盡所能具體詳述執業服務之地區分布情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、外流人口比率、納保人口數及納保率等相關資料。

項目	內容
人口	
面積	
村落	
學校數（國中、小學）	

說明：

(二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述執業服務地區地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。

(三) 醫療需求情形：請詳述執業地區之醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

(四) 請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

4、 執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

5、 評估預期效益：請詳述執業服務預期將對該地區達成之效益，並表列各項預定達成指標。

6、 書寫格式：以word形式建檔，A 4版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。