

中醫門診總額--中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務 實施方案申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		身分證字號		
	負責醫師學經歷		檢附證明文件 件		
	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		
			台中字第 號		
醫療照護門診種類					
儀器種類					
每週診療時間					
檢送項目	項 目		審 查 結 果		備註
	訪查合格證明書		<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		
	儀器		<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		
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見		(本欄由審查單位填)	
		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：	