

九十五年度中醫門診總額-加強中醫醫療照護門診試辦計畫申請書

□特殊疾病照護

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						
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		□符合□未符合□其他			
	計畫書		□符合□未符合□其他			
	醫師人力		□符合□未符合□其他			
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		本欄由審查單位填寫
				審核委員： _____ 日期章戳： _____		
申請日期： 年 月 日						