

【附件3】

100年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書

(以院所為單位)

- 1□ 醫療院所名稱： _____ 醫事機構代號： _____
- 2□ 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
- 3□ 申請醫師(負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加)

序號	身分證字號	醫師姓名	資格

註：資格分為：1.台灣牙周病醫學會專科醫師、2.台灣牙周病醫學會一般會員、3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、5.一般醫師；請以號碼填寫。

- 4□ 院所電話： () _____ 傳真： () _____
- 5□ 聯絡人姓名： _____ 電話： _____
- 6□ 地址：□□□ _____
- 7□ e-mail address： _____
- 8□ 檢附教育訓練證明