

【附件4】

100年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫報備表-新增

分區別： 申請日期： 年 月 日

醫療院所名稱		醫事機構代號	
所屬層級別		<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所	
負責醫師姓名		身分證字號	
申請類別核定結果	<input type="checkbox"/> 教學計畫需求 (A-教學醫院、B-牙周病專科訓練機構、C-PGY訓練機構)		
	類別	醫師姓名	身分證字號
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
	<input type="checkbox"/> 醫療服務需求		
			<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 上限20 <input type="checkbox"/> 上限30
		<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 上限20 <input type="checkbox"/> 上限30	
		<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 上限20 <input type="checkbox"/> 上限30	
聯絡人暨 電話傳真		聯絡人： 電話： 分機 傳真：	
分會審核意見			
分區業務組 審核結果		核備通過日期	

衛生署中央健康保險局 業務組

聯絡電話：
傳 真：
電子信箱：