

巡迴門診時段（人員）異動表： 填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱		聯絡電話	( )	
	醫院地址及郵遞區號				
	申請服務地區	縣市	鄉鎮區	村里	
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴				
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護士)姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護士)姓名				
	變更原因				

(一)、原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

(二)、變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

(三)、經費預估：

原為：  
 平日 節/週  
 夜間 節/週  
 假日 節/週  
 預估總經費： 元

變更為：  
 平日 節/週  
 夜間 節/週  
 假日 節/週  
 預估總經費： 元  
 金額變動計 元

醫院

印