

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫 門診時段異動表

(一) 原門診時段：_____年_____月

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 上 午 時 間 | | | | | | | |
| 下 午 時 間 | | | | | | | |
| 晚 上 時 間 | | | | | | | |

合計_____天_____小時/週

(二) 新門診時段：_____年_____月起

| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 上 午 時 間 | | | | | | | |
| 下 午 時 間 | | | | | | | |
| 晚 上 時 間 | | | | | | | |

合計_____天_____小時/週

執業地點：_____縣_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國_____年_____月_____日

門診時段異動表：

1. 依「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月十五日之前送至牙醫全聯會及本保險人分區業務組核備。