[附件 2-7]

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醫師巡迴醫療服務日工作紀錄表

執業點用

醫師簽章：_____

姓　名	生　日	身分證字號	聯絡電話	治　療　項　目		日　期	時間起迄			巡迴地點	備註
				部　位	健　保　代　號	月/日	起	迄	工時數		
合　計											

備註：巡迴地點請填縣市、鄉鎮區、村里或國小名稱

一式三聯、第一聯 送保險人分區業務組　　第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會　　第三聯 醫療院所自行留存