附件5

101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案異動表-巡迴地點

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所名稱及醫事機構代號		聯絡電話	( )
	診所地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區) 村		
	變更巡迴醫師姓名			
	變更原因			

(一).變更巡迴地點

擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分

之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(區)

改至 縣市 鄉鎮(區)

(二).單次巡迴地點之變更

擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分

之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(區)

改至 縣市 鄉鎮(區)

診所(衛生所)
印

執業醫師簽名：_____ 印