

101年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區 巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼		電話	
	醫師姓名		身分證字號		中醫師證書字號	台 中 字 第 號
	醫師學經歷					
	院所地址					
服務地區及時間	服務地區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服務時間	每週 次每星期	
	時段	上午：		下午：	晚上：	
	地址				電話	
	承作方式	一律為基本承作費加服務量				
審核情形	區分會 審查 意見	<input type="radio"/> 同意， <input type="radio"/> 不同意	原因			
		區分會主任委員簽章：				
	中保會 審查 意見	<input type="radio"/> 同意， <input type="radio"/> 不同意	原因			
		中保會主任委員簽章：				