

102年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

申請表

分區業務組： 業務組 填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱		聯絡電話	()															
	醫院代號		負責醫師姓名																
	郵遞區號		聯絡地址																
	申請服務地區	縣市 鄉鎮區 (村、里)																	
申請服務內容	申請項目：																		
	巡迴醫師科別：																		
	巡迴醫師姓名：																		
	星期一	星期二		星期三		星期四		星期五		星期六		星期日							
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間		
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	
審核情形	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：																		
	申請通過日期： 年 月 日																		
	申請通過函號：																		