

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

巡迴地點異動表：		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫院名稱		聯絡電話 ()
	醫院地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮區 村里	
	變更巡迴科別		
	變更巡迴醫師姓名		
	變更原因		
<p>擬自 年 月 日起至 年 月 日止，</p> <p>每週 之(上)(下) 時 分至(上)(下) 時 分，</p> <p>➤巡迴醫療地點：</p> <p>由 縣市 鄉鎮區改至 縣市 鄉鎮區</p>			
<p>醫院 印 <input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>			