

99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區執業醫師巡迴醫療服務日工作紀錄表

醫師簽章：_____

執業點用

姓名	生日	身分證字號	聯絡電話	治療項目		日期				巡迴地點	備註
				部位	健保代號	月/日	上午	下午	晚上		
合計											

備註：巡迴地點請填縣市、鄉鎮、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