

99 年度「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫」
門診時段異動表

(一) 原門診時段：____年____月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計____天____小時/週

(二) 新門診時段____年____月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計____天____小時/週

執業地點：____縣____鄉

診所名稱：____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

門診時段異動表：

1. 依「牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月十五日之前送至牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核備。