[附件十之二]

巡迴計畫用

牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務日工作紀錄表　醫師簽章：_____

姓　名	生　日	身分證字號	聯絡電話	治療項目		點數	日期				巡迴地點	備註
				部位	健保代號		月／日	上午	下午	晚上		
合　計												

一式二聯　　第一聯：送本保險人之分區業務組　　第二聯巡迴醫療服務團體自行留存