附件 **4-3**

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表　　填表日期：　年　月　日

基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號		聯絡電話	(　)
	診所/醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市　　鄉鎮 (市/區)　　村(里)		
	巡迴醫師姓名			
	變更巡迴科別(醫院適用)			
	變更原因			

(一).變更巡迴地點

擬自　年　月　日起至　月　日，每週　之　時　分至　時　分

之巡迴醫療，地點由　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

改至　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

(二).單次巡迴地點之變更

擬將中華民國　年　月　日週　之　時　分至　時　分

之巡迴醫療，地點由　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

改至　縣市　鄉鎮 (市/區)　村(里)　路　號

診所(衛生所)/醫院　印

診所(衛生所)執業醫師簽名：　印