

**103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫門診時段(人員)異動表**

門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日					
基本資料	診所名稱及醫事機構代號	聯絡電話 ()					
	診所地址及郵遞區號						
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)			
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名						
	變更原因						
變更門診時段：							
(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日							
	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) 變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日							
	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						
診所(衛生所)							
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 10px;">印</div>							
執業醫師簽名： _____							
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 10px;">印</div>							
註：本表依「西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之第八項執行內容及相關規定辦理。							