

**103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫醫師休診單**

醫師休診單		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所名稱		聯絡電話 ()	
	醫事機構代號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)
	休診醫師姓名			
	休診原因			
休診時間：				
1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止				
合計 月 天 小時				
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。				
診所(衛生所) 印				
執業醫師簽名：_____ 印				