

**103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫執行報告封面**

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年

月

日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()
	診所代號		負責醫師姓名	
	郵遞區號		聯絡地址	
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)

申請服務內容

門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週

項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

執行成果

申報經費概算：

申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數

成果評估：

醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次	平均每週 時數

對本方案之建議：