

103 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案  
巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 統一編號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣 市 村	服 務 時 間	每 週	次每星期
	時 段	上午：		下午：		晚上：
	地 址				電 話	
	承作方式	一律為論次加論量				
評 估 情 形	評 估 意 見 區分會	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意	原 因			
		區分會主任委員簽章：				
評 估 意 見 中 執 會	評 估 意 見 中 執 會	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意	原 因			
		中執會主任委員簽章：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為 2 人者，則需填寫 2 份，若醫師人數眾多，可另行檢附名