

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫  
申請書

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、牙醫師證號：

四、各級公會資歷（請簡列三項）：

（一）

（二）

（三）

五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外，山地離島偏遠地區醫療，口衛服務，

社區醫療服務等）（請簡列三項）

（一）

（二）

（三）

六、聯絡電話：（ ）

七、聯絡地址：

八、執業地點： 縣 鄉鎮區

九、預定執業時間： 年 月

十、診所名稱：

十一、原服務醫療院所地點： \_\_\_\_\_縣（市） \_\_\_\_\_市（鄉鎮區）

十二、原服務醫療院所名稱： \_\_\_\_\_

十三、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 \_\_\_\_\_ 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時段							
下午 時段							
晚上 時段							

十四、「巡迴醫療服務」服務時間 共 \_\_\_\_\_ 小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時段							
下午 時段							
晚上 時段							

十五、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十六、各地方公會及分區審查執行會意見（請勿填寫）：