[附件 11-4]

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務日工作紀錄表　　醫師簽章：_____

巡迴計畫用

姓　名	生 日	身分證 統一編號	聯絡 電話	治　療　項　目		點 數	日 期				巡迴 地點	備註
				部 位	健　保　代　號		月　/ 日	上 午	下 午	晚 上		
合　計												

一式二聯　　第一聯：送保險人分區業務組　　第二聯：巡迴醫療服務團體自行留存