

**全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫
巡迴時段異動表**

- 一、申請單位：_____醫療團
 二、負責醫師：
 三、其他相關醫師：
 四、連絡電話：
 五、聯絡地址：

(一) 新增巡迴診療時段：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

(二) 取消巡迴診療時段：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

日期：中華民國__年__月__日