

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
- 特定身心障礙者牙醫醫療服務變更申請書 (院所內服務)

申請 醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後 聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請變更院所基本資料】					
一、原申請加入院所名稱 (全銜)：					
(1) 原醫事機構代號：					
(2) 原申請院所類別： <input type="checkbox"/> 執業登記院所 <input type="checkbox"/> 支援服務院所					
(3) 原申請變更原因，如下：(請勾選)					
<input type="checkbox"/> 執業登記異動					
<input type="checkbox"/> 院所名稱變更、醫師姓名變更					
<input type="checkbox"/> 醫事機構代號變更					
<input type="checkbox"/> 醫師已離職不在診所服務 (醫師姓名：_____或身分證字號_____)					
<input type="checkbox"/> 醫師不再繼續執行計畫，要取消資格					
二、申請變更後內容：					
(1) 變更後院所名稱：					
(2) 變更後院所類別： <input type="checkbox"/> 執業登記院所 <input type="checkbox"/> 支援服務院所					
(3) 變更後院所醫事機構代號：					
(4) 變更後院所負責人： _____ 身分證字號： _____					