

**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
門診/巡迴時段異動表**

(一) 原門診時段：_____年_____月 合計_____天_____小時/週

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

(二) 新門診時段：_____年_____月起 合計_____天_____小時/週

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

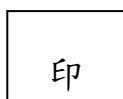
(三) 新增或取消巡迴診療時段：

新增巡迴診療時段				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	巡迴日期 (星期)	巡迴 時段	巡迴 鄉鎮	巡迴 地點

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

醫事機構代號：



執業醫師簽名：



日期：中華民國____年____月____日

備註：本表應於異動或休診前月十五日之前送至牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。