

牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

門診時段
 口腔衛生推廣
 巡迴醫療

_____年_____月 預定時段表 合計：共 _____ 小時

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

執業地點：_____縣市_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

醫事機構代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均應依相關規定向當地衛生主管機關報備。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估需另專案提報者，則由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。
5. 保險人分區業務組於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。