

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 申請書

一、申請單位(_____醫療團)： (公會、分會、教學醫院)

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：()

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴縣市	鄉鎮區	學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月

合計學校數：

總人數

總經費