

**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