

附件一

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫申請表

基 本 資 料	院所名稱			院所代碼		
	本計畫醫師姓名			身分證字號		
	本計畫負責醫師 學 經 歷			聯 絡 電 話		
	E-mail :					
	醫 師 姓 名	身 分 證 字 號	中醫師證書字號		中醫執業 年資	受訓課程 日期
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
	保險醫事服務機構自評項目			請V選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
	機 構 章 戳					

(本欄位由中醫師公會全聯會填寫) 中醫師公會全聯會 審核意見欄	1 ☐ 審核通過。 2 ☐ 不符合規定。 3 ☐ 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 ☐ 其他， 審核委員： 審核日期： 年 月 日
---------------------------------------	--