

104年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台 中 字 第 號
	醫師學經歷					
	醫事服務機構地址					
開業地區及時間	開業地區	區分會 鄉鎮區		縣市 村		
	地區別	<input type="radio"/> 偏遠 <input type="radio"/> 山地 <input type="radio"/> 離島				
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	<input type="radio"/> 同意， <input type="radio"/> 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				