

**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
巡迴醫療服務計畫申請表**

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					
服務地區及時間	服務地區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服務時間	每週	次每星期
	時段	上午：		下午：		晚上：
	地址				電話	
	承作方式	一律為論次加論量				
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：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為2人者，則需填寫2份，若醫師人數眾多，可另行檢附名單。