

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

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

巡迴醫療地點：				縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)
巡迴醫療期間：				民國	年	月
				日到民國	年	月
				日		
時間：				每星期	上午(下午)	時
				分至	時	分共
						小時
駐點地址				駐點電話		
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號		
醫事服務機構地址				醫事服務機構電話		
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)						
醫師		藥事人員		護理人員		行政人員
位		位		位		位
醫師姓名				醫師姓名		
身分證統一編號				身分證統一編號		
證書字號				證書字號		
藥事人員姓名				護理人員姓名		
身分證統一編號				身分證統一編號		
證書字號				證書字號		

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：