

「104年度提升離島地區基層照護服務改善計畫」申請表

本診所自 年 月 日起申請參加「104年度提升離島地區基層照護服務改善計畫」，並同意遵照本計畫內容之規範，檢附104年每月每週週日看診時段及醫事人員一覽表。

此致

衛生福利部中央健康保險署

分區業務組

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

連絡電話：

(醫事機構特約章戳)

(負責醫師印章)

中華民國 年 月 日