

105 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					
	聯絡地址					
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="checkbox"/> 偏遠		<input type="checkbox"/> 山地		<input type="checkbox"/> 離島
	電 話					
	地 址					
評 估 情 形	中醫全聯 會評估意 見	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原 因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				