附件二

# 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期：　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="12">基本資料</td><td>院所名稱</td><td colspan="2"></td><td>院所代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請Ｖ選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反 □違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反 □違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| (本欄位由中醫全聯會填寫)<br>中醫全聯會審核意見欄 | 1□審核通過。<br>2□不符合規定。<br>3□資料不全，請於　月　日內補齊。<br>4□其他，　　。<br><br>審核委員：　　審核日期：　年　月　日 |