

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號		聯絡電話	( )
	診所/醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)
	巡迴醫師姓名			
	變更原因			
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分            之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號                              改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分            之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號                              改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號</p>				
<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; line-height: 40px;">印</div> </div> <p style="margin-top: 20px;">診所(衛生所)執業醫師簽名：      <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; vertical-align: middle;">印</div></p>				