

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區執業服務計畫
申請書

一、姓 名：

二、身分證統一編號：

三、牙醫師證號：

四、各級公會資歷（請簡列三項）：

（一）

（二）

（三）

五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外，山地離島偏遠地區醫療，口衛服務，

社區醫療服務等）（請簡列三項）

（一）

（二）

（三）

六、聯絡電話：（ ）

七、聯絡地址：

八、執業地點： 縣市 鄉鎮區

九、預定執業時間： 年 月

十、診所名稱：

十一、原服務醫療院所地點： _____縣（市） _____市（鄉鎮區）

十二、原服務醫療院所名稱： _____

十三、門診服務時間（請填寫門診時段）：共 _____ 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時段							
下午 時段							
晚上 時段							

備註：每週至少提供 5 天門診服務(以包含 2 個夜診為原則)，總提供醫療服務診療時數不得少於 24 小時。

十四、「巡迴醫療服務」服務時間 共 _____ 小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
第一診							
第二診							
第三診							

備註：1.每月至少執行 2 次牙醫巡迴服務，此 2 次不包含口腔衛生推廣服務，若有特殊情況須經牙醫全聯會評估後，送所轄保險人分區業務組核定。

2.總服務時數(包括執業地點門診服務及牙醫巡迴醫療服務)每週不得少於 30 小時。

十五、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十六、各地方公會及分區審查執行會意見（請勿填寫）：