

附件二

全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱		院所代碼	
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號	
	聯絡電話		通訊地址	
本	承辦計畫醫師名單			
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選	備註
	院所二年內「未違反」健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反	
	醫師二年內「未違反」健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反	
料	機構章戳			

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