

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表
(醫學中心/區域醫院適用)

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院加護病房代號對照表：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例)MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表
(地區醫院適用)

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。