

108 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱	醫事服務 機構代碼	電 話
	醫師姓名	身 分 證 統 一 編 號	中醫師證 書 字 號
	醫 師 學 經 歷	台 中 字 第 號	
	醫事服務 機構地址		
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣 市 村
	地 點	地 址	服 務 時 間
	時 段	電 話	每 週 次 每 星 期
	承作方式	一律為論次加論量	
評 估 情 形	中醫全聯 會評估意 見	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意	原 因
		中醫全聯會主任委員簽章：	

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為 2 人者，則須填寫 2 份，若醫師人數眾多，可另行檢附名冊。