

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

巡迴點統計表

執業診所名稱：

印

醫事機構代號：

印

執業醫師：

日期： 年 月， 共計 診次

鄉鎮區	級數	巡迴點 (村.部落.學校等)	巡迴點地址	預計巡迴日期	巡迴時段 __時~__時	巡迴點 負責人	負責人 聯絡電話

*每月應於前月十五日連同月申請表以書面函送至牙醫全聯會申請該月巡迴次數，該月巡迴次數如經牙醫全聯會評估須專案提報者，應由牙醫全聯會將相關資料函送保險人分區業務組核定。