

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()		
	診所代號		負責醫師姓名			
	郵遞區號		聯絡地址			
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)			分級：	

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
成果評估：						
醫師人數	醫師科別	實施總診次	實施總人次	平均每診次服務人次	平均每週診次	平均每週時數

對本方案之建議：