

## 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

## 巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號	聯絡電話 ( )	
	診所/醫院地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)	
	巡迴醫師姓名		
	變更原因		
<p>(一).變更巡迴地點 擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更 擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號</p>			
診所(衛生所)/醫院		印	
診所(衛生所)執業醫師簽名：		印	