附件**4-2**

# 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 | | | |

(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

(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

診所(衛生所)/醫院 印

診所(衛生所)執業醫師簽名： 印