

全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

年 月異動班表

一、申請單位：

1. 醫療團：_____牙醫師公會

2. 負責醫師：

3. 聯絡電話：()

4. 聯絡地址：□□□

二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：

2. 電話：

3. 地址：

三、醫師異動班表：

(一)原時段醫師：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
醫師							

(二)新時段醫師：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
醫師							