

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴服務計畫

巡迴時段異動表

- 一、申請單位：_____醫療團
 二、負責醫師：
 三、其他相關醫師：
 四、連絡電話：
 五、聯絡地址：

(一) 新增巡迴診療時段：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

(二) 取消巡迴診療時段：

巡迴日期 (星期)	巡迴時段	巡迴鄉鎮	巡迴地點	巡迴醫師

日期：中華民國____年____月____日