

補助各區職業傷病診治中心建構全國職業傷病網絡醫院申請表

填表日期： 年 月 日
填表人：

一、參加職業傷病診治中心之區域：（以勾選所在地區一家診治中心申請補助為限） 北區： <input type="checkbox"/> 國立台灣大學醫學院附設醫院、 <input type="checkbox"/> 財團法人長庚紀念醫院林口分院、 <input type="checkbox"/> 台北醫學大學附設醫院：（轄區包括基隆市、台北縣、台北市、桃園縣、新竹縣、新竹市及連江縣等地區） 中區： <input type="checkbox"/> 中國醫藥大學附設醫院、 <input type="checkbox"/> 財團法人彰化基督教醫院、 <input type="checkbox"/> 中山醫學大學附設醫院：（轄區包括苗栗縣、台中縣、台中市、南投縣、彰化縣、雲林縣） 南區： <input type="checkbox"/> 財團法人私立高雄醫學大學、 <input type="checkbox"/> 國立成功大學附設醫院：（轄區包括嘉義縣、嘉義市、台南縣、台南市、高雄縣、高雄市、屏東縣及外島之金門地區） 東區： <input type="checkbox"/> 財團法人佛教慈濟綜合醫院：（轄區包括宜蘭縣、花蓮縣、台東縣地區）							
二、申請加入日期：民國____年____月____日（註：補助申請期間自至97年12月15日止。）							
三、醫療機構名稱：				醫院評結果：			
證明文件： <input type="checkbox"/> 經衛生署醫院評鑑之證明影本（請勾選）							
四、聯絡地址：				醫療機構負責人：			
五、醫療機構開設職業病門診之醫師姓名：				簽名：			
證明文件： <input type="checkbox"/> 門診醫師具職業醫學專科醫師證明影本（請勾選）（註：參加東區者得免附）							
六、每週開設職業病門診時間（請打勾）：							
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午							
下午							
夜間							
證明文件： <input type="checkbox"/> 本門診時間列於醫院門診時間表或公告於醫院網路之證明文件影本。若門診為其他診治科別所提供之服務，亦應有可同時提供勞工職業病門診之說明文字，例如：家庭醫學科（同時提供職業病門診）。							
七、醫療機構聯絡人電話：（ ）-（ ）， 傳真：（ ）-（ ） 聯絡手機： Email：							
八、申請單位：職業傷病診治中心（○○醫院）： 計畫主持人簽章：_____ 民國____年____月____日							
九、職業傷病管理服務中心審查結果： 計畫主持人簽章：_____ 民國____年____月____日							