

附件一 申請書

醫療機構名稱：	
醫療機構地址：	
開業執照字號：	主持醫師：
職業傷病專案經理：	聯絡電話：
是否為全民健康保險特約醫事服務機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否經中央衛生福利主管機關醫院評鑑評定為區域醫院以上等級，及教學醫院評鑑合格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否具備職業醫學科、復健科、骨科、神經科、胸腔科、皮膚科、內科、外科、眼科、耳鼻喉科、精神科、放射線科及病理科等診療科別： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否成立醫療機構院層級之職業傷病醫療委員會或小組，統籌及整合院內醫療資源，以提供職業傷病勞工跨科部整合性服務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<p>是否設有職業傷病診治整合服務中心，並聘有下列人員：</p> <p>(一) 專任職業醫學科專科醫師二名以上，其中一名為主持醫師。</p> <p>(二) 職業傷病個案管理師四名以上，其中一名得聘為職業傷病專案經理，協助主持醫師辦理職業傷病診治醫療機構認可管理補助及職業傷病通報辦法第十五條統籌管理之工作。<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>是否設有職能復健單位，並聘有下列人員：</p> <p>(一) 職能治療師或物理治療師二名以上。</p> <p>(二) 臨床心理師或諮商心理師一名以上。<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>茲檢附下列文件一式十八份，並依序裝訂成冊：</p> <p><input type="checkbox"/>全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>醫療機構開業執照影本。</p> <p><input type="checkbox"/>經中央衛生福利主管機關醫院評鑑評定為區域醫院以上等級及教學醫院評鑑合格之證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>經地方衛生主管機關登記診療科別之證明文件影本。</p> <p><input type="checkbox"/>成立醫療機構院層級之職業傷病醫療委員會或小組之證明資料影本。</p> <p><input type="checkbox"/>主持醫師、專任職業醫學科專科醫師之執業執照與身分證明文件，及經地方衛生主管機關認定，並符合職業傷病診治醫療機構認可管理補</p>	

助及職業傷病通報辦法規定之執業年資證明文件影本。

- 設有職能復健單位，並聘有相關專業人員之名冊、學歷及相關工作經驗證明文件影本。
- 職業傷病專案經理、個案管理師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師及諮商心理師名冊。
- 上述人員學歷及相關工作經驗之證明文件影本。
- 服務計畫書。
- 辦理職業傷病服務實績等證明文件（如辦理勞工保險之職業傷病診治醫療給付等服務量次；或依全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者補助實施要點所辦理職業傷病通報，並經品質審查通過者）。
- 其他：

醫療機構全銜： (請加蓋印信)

負責人：

主持醫師： (簽章)

填表日期： 年 月 日