

巡迴地點異動表：		填表日期： 年 月 日		
基本 資料	醫院名稱		聯絡電話 ()	
	醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮	村
	變更巡迴科別			
	變更巡迴醫師姓名			
	變更原因			
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>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 改至 縣市 鄉鎮</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>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 改至 縣市 鄉鎮</p>				
醫院		<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>		
執業醫師簽名： _____		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>		