減少照護機構至醫療機構就醫方案

申請表

109年9月1日製表

填表日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機構類型 | 照護機構 | 醫療機構 |
| 機構名稱（全銜） |  |  |
| 機構負責人(簽約代表人)姓名 |  |  |
| 機構地址 |  |  |
| 方案聯絡人 |  |  |
| 聯絡電話 |  |  |
| 傳真 |  |  |
| 聯絡電子信箱 |  |  |
| 住宿式設立許可床數 |  |  |
| 住宿式開放床數 |  |  |
| 住宿式收住人數 |  |  |
| 主責醫師姓名及醫師證號 |  | 主責醫師姓名：主責醫師證號： |
| 偕同醫師姓名及醫師證號 |  | 偕同醫師姓名：偕同醫師證號： |
| 契約期限（年/月/日） | 年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 |
| 機構印信及負責人(簽約代表人)簽章 |  |  |

註：

1. 照護機構及簽約之醫療機構請同步填列基本資料。
2. 所有欄位皆為必填，且欄位中所有資料皆需由地方政府登載於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。
3. 「主責醫師姓名及醫師證號」、「偕同醫師姓名及醫師證號」欄位不足請自行增列。