

[附件 2]

診所申請類別

初級 進階

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書

(以院所為單位)

一、醫療院所名稱：_____ 代號：_____

二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、負責醫師(身份證字號)：_____

四、其他醫師(身份證字號)：_____

五、電話：() _____ 傳真：() _____

六、e-mail address：_____

七、地址： _____

八、目前能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

甲、 有專用椅子 無專用椅子

乙、 _____

丙、 _____

丁、 _____

戊、 _____

己、 _____

庚、 _____

九、即將採購之設備名稱：

甲、 _____

乙、 _____

丙、 _____

丁、 _____