

110 年度參與一般護理之家評鑑調查表

一、機構名稱：_____

二、機構代碼：_____

三、機構屬性： 1.公立醫院附設 2.財團法人 3.醫療財團法人 4.醫療社團法人
 5.學校法人 6.其他法人 7.個人設置 8.醫院附設 9.診所附設

四、受評機構資訊：

| 機構負責人 姓名 | 前次評鑑年度 | 前次評鑑成績 | 開業日期 |
|-------------|--------|--------|-----------|
| (範例)王大花 | 106 | 合格 | 101/01/20 |
| | | | |

五、是否參加評鑑：

(一) 是，參加評鑑原因，請填寫代號：_____

| 代號 | 參加評鑑原因 |
|----|--|
| 1 | 在評鑑合格效期內，評鑑合格有效期間至 110 年 12 月 31 日止者。 |
| 2 | 新設立或停業後復業，尚未接受評鑑，自開業或復業之日起至 110 年 5 月 31 日止滿一年者。 |
| 3 | 108 年至 109 年間接受評鑑結果為不合格，且 110 年不在評鑑合格效期，應再次接受評鑑。 |
| 4 | 原評鑑合格受撤銷或廢止處分者。 |

(二) 否，不參加評鑑原因（本年度不參加評鑑之機構則為督導考核機構）：

1.在評鑑合格效期內，請填寫合格效期：_____

2.至 110 年 5 月 31 日，開業未滿 1 年之機構。

◆ 填表聯絡人：_____

◆ 聯絡電話：_____

◆ 填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

◆ 請於 110 年 1 月 22 日(五)前以傳真(傳真電話：2255-7926)或 e-mail(an2278@ntpc.gov.tw)回復，回復後請來電確認(承辦人：饒小姐，聯絡電話：22577155#2151)。