

110 年度參與居家護理所評鑑調查表

一、機構名稱：_____

二、機構代碼：_____

- 三、機構屬性： 1.1 部立 1.2 教育部 1.3 國防部 1.4 退輔會 1.5. 市(縣)立
- 1.6. 衛生所
- 2.1.1 醫療財團法人 2.1.2 醫療社團法人 2.1.3 衛生財團法人
- 2.1.4 學校法人 2.1.5 其他法人
- 2.2 個人設置 2.3 醫院附設 2.4 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
王大花	108	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(貴機構之評鑑合格效期請逕至衛生福利部護理機構評鑑管理系統查詢確認)。
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，應再次接受評鑑者。
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：自_____至_____

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 20 日前以傳真(傳真電話：2255-7926 或 2258-9064)或電子郵件方式(AL9422@ntpc.gov.tw)回復，傳真後請來電確認(承辦人：林小姐，聯絡電話：22577155#2135)。