

減少照護機構至醫療機構就醫方案申請表

一、 機構名稱：

二、 機構基本資料：

機構類型	<input type="checkbox"/> 照護機構	<input type="checkbox"/> 醫療機構
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		/
營養師姓名及營養師證號		/
主責醫師姓名及醫師證號	/	
偕同醫師姓名及醫師證號	/	
契約期限	自中華民國__年__月__日至__年__月__日止	

註：

1. 各機構請依機構類型於該欄位勾選，並填列本身機構之基本資料及與本身機構簽約機構之基本資料，所有欄位皆為必填，除偕同醫師視需要填寫。
2. 若申請者為○○護理之家，請勾選照護機構，填寫照護機構所有欄位資料及蓋照護機構大小章，並同步填寫與照護機構簽約之醫療機構所有欄位資料；若申請者為○○醫院，請勾選醫療機構，填寫醫療機構所有欄位資料及蓋醫療機構大小章，並同步填寫與醫療機構簽約之照護機構所有欄位資料。
3. 請一併檢附本方案之照護機構與醫療機構契約書一式6份，契約書需蓋有雙方機構之機構大小章及騎縫章。