**臺東縣政府居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請單位全銜 |  | | 機構代碼 |  |
| 單位地址 |  | | 機構統一編號 |  |
| 負責人職稱/姓名 |  | 連絡電話 | 市話: 分機  行動電話: | |
| 聯絡人職稱/姓名 |  | 連絡電話 | 市話: 分機  行動電話: | |
| 申請日期 | 年 月 日 | | | |
| 申請單位服 務人力資源 | 1.□醫師 人(□單位人力 人□報備支援人力 人)  2.□護理人員 人(□單位人力 人□報備支援人力 人) | | | |
| 合作單位名稱 | □是:單位名稱: (需檢附合作意向書)  □否 | | | |
| 參與全民健康保險 | □是【□居家醫療照護整合計畫」□家庭醫師整合性照護】  □否 | | | |
| 檢附文件 | □開業執照  □居家失能個案家庭醫師照護服務人員清冊乙份(附件二)  □服務人員完訓證明(□ACP課程完訓證明□長照人員認證小卡)□醫師「長期照顧專業人員數位學習平臺」醫師意見書訓練課程及跨專業合作議題通過之學習歷程證明影本 | | | |
| 服務區域 | □臺東市□東河鄉□成功鎮□長濱鄉 □卑南鄉□延平鄉□鹿野鄉□關山鎮□池上鄉□海端鄉□太麻里鄉□金峰鄉□大武鄉□達仁鄉 □綠島鄉 □蘭嶼鄉 | | | |

單位用印:

**居家失能個案家庭醫師照護服務人員清冊**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 人員類別  (勾選) | 身分證號碼 | 電子信箱 | ACP課程 | 長照人員認證 | 備註 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)□未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)  □未完成 | □已完成(請檢附長照人員證)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |
|  | □醫師  □護理人員(個管人員) |  |  | □已完成(請檢附完訓證明)□未完成 | □已完成(請檢附正完訓證明)  □未完成 | □機構管理員  □個案管理人員  □核銷人員 |

(表格若不足請自行增列)