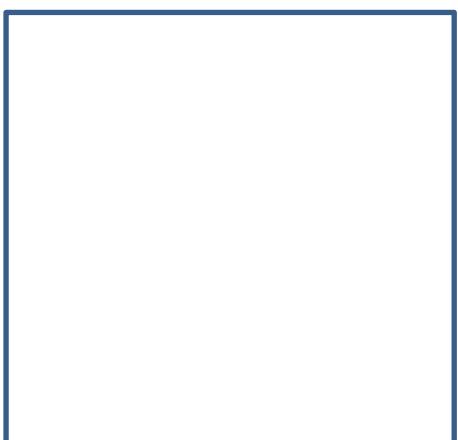


臺東縣政府居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請書

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. <input type="checkbox"/> 醫師 ___人 (<input type="checkbox"/> 單位人力 ___人 <input type="checkbox"/> 報備支援人力 ___人) 2. <input type="checkbox"/> 護理人員 ___人 (<input type="checkbox"/> 單位人力 ___人 <input type="checkbox"/> 報備支援人力 ___人)			
合作單位名稱	<input type="checkbox"/> 是:單位名稱: _____ (需檢附合作意向書) <input type="checkbox"/> 否			
參與全民健康 保險	<input type="checkbox"/> 是【 <input type="checkbox"/> 居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/> 家庭醫師整合性照護】 <input type="checkbox"/> 否			
檢附文件	<input type="checkbox"/> 開業執照 <input type="checkbox"/> 居家失能個案家庭醫師照護服務人員清冊乙份(附件二) <input type="checkbox"/> 服務人員完訓證明 (<input type="checkbox"/> ACP 課程完訓證明 <input type="checkbox"/> 長照人員認證小卡) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 臺東市 <input type="checkbox"/> 東河鄉 <input type="checkbox"/> 成功鎮 <input type="checkbox"/> 長濱鄉 <input type="checkbox"/> 卑南鄉 <input type="checkbox"/> 延平鄉 <input type="checkbox"/> 鹿野鄉 <input type="checkbox"/> 關山鎮 <input type="checkbox"/> 池上鄉 <input type="checkbox"/> 海端鄉 <input type="checkbox"/> 太麻里鄉 <input type="checkbox"/> 金峰鄉 <input type="checkbox"/> 大武鄉 <input type="checkbox"/> 達仁鄉 <input type="checkbox"/> 綠島鄉 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員
	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 (個管人員)			<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附完訓證明) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 已完成 (請檢附長照人員證) <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 機構管理員 <input type="checkbox"/> 個案管理人員 <input type="checkbox"/> 核銷人員

(表格若不足請自行增列)