

附錄三

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」申請表

初次申請

新增或異動醫事人員

申請日期： 年 月 日

醫事機構代號		機構名稱		電話	(0 )	傳真機	(0 )	
負責人姓名		負責人身分證統一編號		公營醫療機構	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	層級	E-mail:	
全民健保所轄業務組		機構地址	市 縣	鄉鎮市區	郵遞區號	村 里	路 街 段 巷 弄 號 樓	
人員類別	醫事人員姓名	申請類別	出生日期					
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日	身分證字號		醫事人員專科/專業證書字號		
				E-mail			戒菸訓練證書字號	
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日	身分證字號		醫事人員專科/專業證書字號		
				E-mail			戒菸訓練證書字號	
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日	身分證字號		醫事人員專科/專業證書字號		
				E-mail			戒菸訓練證書字號	
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日	身分證字號		醫事人員專科/專業證書字號		
				E-mail			戒菸訓練證書字號	
說明	一、本表僅供各健保特約醫事機構申請辦理「醫療院所戒菸服務補助計畫」使用，表格不敷使用時請自行影印。 二、填寫完畢請附上：1.西醫專科醫師證書 或 牙醫師證書(正反面) 或 其他醫事人員專業證照證書影本 2.戒菸治療訓練 或 戒菸衛教人員課程證書影本 3.全民健保特約醫事服務機構契約書影本(新增或異動醫事人員免附第3項)，寄至臺北市 10050 林森南路 2 號 6 樓之 3「國民健康署戒菸治療管理中心」收，或傳真至(02) 2351-0081 (聯絡電話(02) 2351-0120 轉 14)。 三、專科醫師證書字號請務必填寫，衛生所及事業單位醫師如無專科醫師資格請填「無」。							
	醫事機構名稱：	(機構圖記或印信)				健康署填	辦理日期：	受理日期：
	負責人：	(私章)					生效日期	年 月 日
經辦人：	分機：	(私章)				E-mail：		

本計畫經費來自菸品健康福利捐

4-06-102-B