

附錄一

衛生福利部國民健康署「醫事機構戒菸服務補助計畫」申請表

- 初次申請開辦戒菸服務
- 新增醫事人員
- 解除合約或醫事人員

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 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	(簽章)	<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	<input type="checkbox"/> 新增		
				E-mail		戒菸訓練證書字號	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 切結書		
近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有戒菸服務經驗；近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有違反本計畫契約書或遭健保署停約1年以上等重大違規情事，說明 _____									
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他	(簽章)	<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	<input type="checkbox"/> 新增		
				E-mail		戒菸訓練證書字號	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 切結書		
近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有戒菸服務經驗；近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有違反本計畫契約書或遭健保署停約1年以上等重大違規情事，說明 _____									
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他	(簽章)	<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	<input type="checkbox"/> 新增		
				E-mail		戒菸訓練證書字號	<input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 切結書		
近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有戒菸服務經驗；近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有違反本計畫契約書或遭健保署停約1年以上等重大違規情事，說明 _____									
說明	一、本表僅供各健保特約醫事機構申請辦理「醫事機構戒菸服務補助計畫」使用，表格不敷使用時請自行影印。 二、填寫完畢寄至 10341 臺北市大同區塔城街 36 號「衛生福利部國民健康署」收（聯絡電話(02) 2522-0602）。 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)				辦理日期： 受理日期：					
本機構 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 曾 5 年內違反本計畫契約書或遭健保署處停約 1 年以上等重大違規紀錄，說明如下：				健康署填					
負責人： (私章)		(公立醫事機構負責人應加蓋職章)						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