**衛生福利部照顧服務管理資訊系統**

附表4

**居家醫師機構 系統管理人員申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□首次申請 □同112年系統管理人員 □更換系統管理人員** | | | | | | | | | | |
| **一、申請單位** | | | | | | | | | | |
| 機構名稱 | |  | | | | 醫事機構代碼 | | | |  |
| 機構負責人 | |  | | | | 身份證字號 | | | |  |
| 業務負責人 | |  | | | | 身份證字號 | | | |  |
| 連絡電話 | |  | | | | 統一編號 | | | |  |
| 傳真電話 | |  | | | | 健保分區業務  組別 | | | | * 中區業務組 |
| 單位地址 | |  | | | | | | | | |
| 長期照顧  服務項目 | | 居家失能個案家庭醫師照護服務  ■開立醫師意見書(AA12)  ■居家失能個案家庭醫師方案個案管理費(YA01) | | | | | | | | |
| 長期照顧  服務區域 | | □全縣 □南投市□埔里鎮□草屯鎮□竹山鎮□集集鎮□名間鄉  □鹿谷鄉□中寮鄉□水里鄉□魚池鄉□國姓鄉□信義鄉□仁愛鄉 | | | | | | | | |
| **二、系統管理人員基本資料** | | | | | | | | | | |
| 申請者姓名 | | |  | | 身分證字號 | | |  | | |
| 職稱 | | |  | | 出生年月日 | | |  | | |
| 連絡電話 | | |  | | E-MAIL | | |  | | |
| ACP+AD  結業証號 | | |  | | ACP+AD  發證日期 | | |  | | |
| (預立醫療照護諮商訓練課程-證明文件(附件) | | | | | | | | □已檢附於後 | | |
| 帳號  (請自行設定) | | | |  | | | | | | |
| 單位用印  (單位及負責人) |  | | | | | | 申請人  簽名 | |  | |

備註：

(

)

1. 申請表相關個人資料將依**電腦處理個人資料保護法**保密，並於建檔完後保留三年。
2. **每一單位僅能申請一位系統管理人員**，單位內其他人員的使用權限，請系統管理人員自行設定。
3. 申請人員填寫完畢，請簽名並由單位用印後，**交主管機關（長期照顧管理中心）建檔**。