

12、南投縣醫事人員支援其他醫療機構暨變更支援事項申請書

申請日期中華民國 年 月 日

基本資料	機 構 名 稱		電 話						
	支援醫事人員 姓 名		身分證字號						
	地 址	南投縣 鄉鎮市 村里 路(街) 段 巷 弄 號							
申 請 事 項	被支援醫療機 構名稱		被支援醫療 機構代碼						
	被支援醫療機 構地址								
	支 援 期 間	自民國 年 月 日起 至民國 年 月 日							
	支 援 時 段 (請√選)	時段	一	二	三	四	五	六	日
		上午							
		下午							
晚上									
	深夜								
	其他時段：								
變 更 支 援 事 項	1. 原本局核准發文字號：中華民國 年 月 日投衛局醫字第 號								
	2. 原核准報備支援機構名稱： 機構代碼： 支援期間： 自民國 年 月 日 至民國 年 月 日								
	3. 原核准報備支援時段：								
	1. 擬變更支援機構名稱： 機構代碼： 支援期間： 自民國 年 月 日 至民國 年 月 日								
	2. 擬變更支援時段：								
	3. 擬自民國 年 月 日起停止支援								
申請醫事機構負責人： 簽章									
附 件	<input type="checkbox"/> 被支援醫療機構聘函 <input type="checkbox"/> 支援養護中心等機構另附設施評估審查表								
備 註	1. 機構間醫事人員之支援，應由所屬醫療院所向原發執業執照機關 事先 報准。 2. 期間最長不超過一年，期滿如需繼續支援，應於期間屆滿前重新辦理報准。								