

南投縣政府衛生局受理預立醫療照護諮商機構申請單

- 申請為指定預立醫療照護諮商專責單位
 申請為醫院
 申請為診所 具特殊專長諮商機構
 申請位於離島、山地或其他偏遠地區諮商機構

機構名稱：

負責醫師：

地址：

電話：

	檢附資料	現況說明 (附證明文件)	審核 (本欄由衛生機關 填寫)
指定預 立醫療 照護諮 商專責 單位	<input type="checkbox"/> 一般病床 200 床以上		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	<input type="checkbox"/> 經醫院評鑑通過之醫院		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	<input type="checkbox"/> 諮商門診為獨立門診， 需有明顯獨立具隱密 性、便利性空間		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	<input type="checkbox"/> 提供臨櫃、語音及網路 掛號服務		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	<input type="checkbox"/> 建置預立醫療照護諮商 諮詢網站		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
預立醫 療照護 諮商團 隊	<input type="checkbox"/> 專科醫師(完成中央主 管機關公告之預立醫療 照護諮商訓練課程)1名		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	<input type="checkbox"/> 兩年以上臨床實務經驗 護理人員(完成中央主 管機關公告之預立醫療 照護諮商訓練課程)1名		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	<input type="checkbox"/> 兩年以上臨床實務經驗 <input type="checkbox"/> 心理師或 <input type="checkbox"/> 社會工作 人員(完成中央主管機 關公告之預立醫療照護 諮商訓練課程)1名		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
預立醫 療照護 諮商門 診	開設日期：108年 月 日		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	時間：		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：
	收費標準：		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 說明：

申請人：

電話：

地址：

申請日期：