臺中市救護車設置機關〈構〉收取救護車出勤費用查核表

依救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法第19、20條辦理

|  |  |
| --- | --- |
| 項次 | 出勤資料 |
| 勤務一\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日＜衛生局人員填寫＞□合格□不合格查核人員： | 路程（□單程／□雙程） |
| 起點(地址) |  |
| 終點(地址) |  |
| 隨車人員（位） | 使用衛材（品項、數量） |
| 救護技術員 |  |  |
| 護理人員 |  |  |
| 醫師 |  |  |
| □檢附救護紀錄表佐證 |
| □檢附收費資料佐證 |
| 勤務二\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日＜衛生局人員填寫＞□合格□不合格查核人員： | 路程（□單程／□雙程） |
| 起點(地址) |  |
| 終點(地址) |  |
| 隨車人員（位） | 使用衛材（品項、數量） |
| 救護技術員 |  |  |
| 護理人員 |  |  |
| 醫師 |  |  |
| □檢附救護紀錄表佐證 |
| □檢附收費資料佐證 |
| 勤務三\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日＜衛生局人員填寫＞□合格□不合格查核人員： | 路程（□單程／□雙程） |
| 起點(地址) |  |
| 終點(地址) |  |
| 隨車人員（位） | 使用衛材（品項、數量） |
| 救護技術員 |  |  |
| 護理人員 |  |  |
| 醫師 |  |  |
| □檢附救護紀錄表佐證 |
| □檢附收費資料佐證 |

救護車設置機構印鑑：

※ 前開資料是否正確無誤（□是／□否）

※ 如未能提供前開資料，請敘明理由：

救護車設置機構：

填寫人／職稱：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日