

臺中市政府衛生局

行政相驗指定醫療機構醫師意願調查表

- 一、依據醫療法施行細則第53條規定辦理。
- 二、☐ 本人同意擔任臺中市政府衛生局行政相驗指定之醫療機構醫師。
- 三、☐ 醫療機構已同意並已知悉。
- 四、願意提供服務之行政區：

☐ 臺中市全區

☐ 臺中市_____區

- 五、願意提供服務時段：

◆ 請勾選時段：早8-12時、午1-5時、晚5-9時。

◆ 若提供服務時間與上開時間不同，請於備註欄註明。

	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日
早							
中							
晚							
備註							

填表人：_____

執業醫療機構名稱：_____

執業醫療機構地址：_____

聯絡電話：_____

E-mail：_____

中華民國 年 月 日

※請填妥後請已傳真或電郵方式回傳予衛生局醫事管理科吳科員。

(連絡電話：04-25265394#3772，傳真電話：04-25278953，

Email：snoopyqq0823@taichung.gov.tw)