**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**

1. 依據醫療法施行細則第53條規定辦理。
2. □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。
3. □醫療機構已同意並已知悉。
4. 願意提供服務之行政區：

□臺中市全區

□臺中市\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_區

1. 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）