**臺中市政府衛生局**

# 「臺中市社區巡迴乳房X光攝影檢查」契約申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 醫療院所名稱：十碼代碼：□□□□□□□□□□ | | |
| 醫療院所負責人： | | |
| 醫院等級別 :□醫學中心□區域醫院□地區醫院□基層診所 | | |
| 地址：□□□-□□臺中市 區 | | |
| 聯絡人： | | 院所電話：(04)-分機: |
| 聯絡人E-mail: | | |
| **申請資料檢核** | **◎是否經衛生福利部國民健康署核可辦理乳房X光攝影檢查**  **健保合約醫療機構**  **□是□否：不符合合約申請資格，以下免填**  **◎是否為衛生福利部國民健康署公告「乳癌確認診斷醫療院所」**  **□是□否**，**請列出簽訂合作合約之院所：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  **◎請詳述篩檢項目及人力配置**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 項目 | 配置人力 | 職稱 | 備註說明 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **◎請詳述社區篩檢推動方式：**  **◎請制定每場次篩檢人數等指標設定。**  **◎請詳述每場次名冊使用後銷毀作業(含電子檔及紙本資料)。** | |
| **個人資料蒐集、處理利用同意聲明**：申請人同意提供本表所列及之各資料，作為辦理『臺中市社區巡迴乳房X光攝影檢查』相關業務使用。  **此致臺中市政府衛生局**  申請人簽名（章）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  申請日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  【以下由衛生局填寫】  審核結果：□同意為『臺中市社區巡迴乳房X光攝影檢查』合約醫療院所  □待審核；建議修正意見及補提報資料：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □不同意；原因:  審核人：  審核日期： | | |

**本項服務經費來自衛生福利部國民健康署菸品健康福利捐**