**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**