

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