|  |  |
| --- | --- |
| 一、**活動名稱：** |   |
| 二、**申請單位：** | 單位名稱：地址：負責人姓名：電話： |
| 三、**活動承辦人：** | 姓名：Mail： | 電話：手機： |
| **四、活動現場聯絡人：** | 姓名： | 電話：手機： |
| **五、救護支援起訖時間：** | **年 月 日 時 分起至 年 月 日 時 分止。** |
| 六、**救護支援需求數量**：(請在需求處打勾並填寫數量) | **□支援醫師人數： 名。****□支援護理人員人數： 名。****□救護技術員 名。****□支援救護車數量： 輛。**(每輛已含1名救護技術員，人員費用另計)**□需備傻瓜電擊器(AED)\_\_\_台。** |
| **七、支援救護人員及救護車報到時間及地點：** | **報到時間：** 年 月 日 時 分**報到地點：****救護車停放地點：** |
| 申請單位印章 | 🞾**支援救護人員及救護車收費標準**（未滿4小時者，皆以4小時計算）**：**1.醫師每小時：**1,600**元。2.護理人員每小時：**800**元。3.救護技術員每小時：初級4**00**元；中級**500**元；高級**700**元。4.救護車每輛每4小時：**1,000**元。🞾救護人員每次支援至少以4小時計算；超過4小時後，未滿1小時部分，以1小時計算。 |
|  |

**臺中市政府衛生局受理市府行政機關救護支援申請表**

申請日期： 年 月 日 日

🞾**注意事項：**

1. 申請單位請**於活動預算內編列救護工作費**，以支付支援救護人員及救護車費用。
2. 申請單位請依實際需要切實填妥本表，並於活動「**10個工作天」前**向本局提出。
3. 申請單位應在救護站設置處**標示「救護站」**旗幟或標示牌及**備妥桌椅**（夜間請增加照明設備），以供醫療救護用。
4. 傷患後送醫院醫療所需醫藥費用由申請單位負責。
5. 申請單位請提供支援救護人員停車位及當日便當與茶水。
6. 如主辦單位**活動地點、時間有變更，請主動通知「支援單位」及「本局」**。

🞾**本申請表填寫完畢後，請回傳至本局醫事管理科 黃小姐**

**聯絡電話：04-22289111 #70131**

**傳真電話：04-25278953**

**電子郵件：hbtcm01559@taichung.gov.tw**