

# 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

- 一、依據醫療法施行細則第53條規定辦理。
- 二、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。
- 三、醫療機構已同意並已知悉。
- 四、願意提供服務之行政區：  
臺中市全區  
臺中市\_\_\_\_\_區
- 五、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：04-22289111#70143，傳真電話：04-25278953，  
Email：snoopyqq0823@taichung.gov.tw)