

臺中市醫療機構辦理預防接種服務合約異動申請書

申請人：	印章	申請日期：	年	月	日	
醫療機構負責人簽章：	印章					
身份證字號：						
聯絡電話：	手機：					
聯絡地址：						
申 請 項	<input type="checkbox"/> 新增合約項目：_____					
	<input type="checkbox"/> 取消合約項目：_____					
機 構 分 類	<input type="checkbox"/> 解約 <input type="checkbox"/> 停約 <input type="checkbox"/> 換約 <input type="checkbox"/> 補發 <input type="checkbox"/> 其他：					
	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 聯合診所（二家醫療機構以上在同一地址設置） <input type="checkbox"/> 其他：					
機構名稱				機構負責人		
機構代碼				機 構 電 話		
機構地址		臺中市 區 路 號				
機 構 解 約 辦 理 事 項	<input type="checkbox"/> 依規將合約告示牌拆除					
	<input type="checkbox"/> 將公費疫苗依冷運冷藏管理規定送還轄區衛生所					
<input type="checkbox"/> 提供於合約期間內接種資料及相關報表						
其他備註事項：						
登 記 事 項 變 更	1、機構： <input type="checkbox"/> 機構名稱 <input type="checkbox"/> 診療科別 <input type="checkbox"/> 其他：					
	原登記事項：			變更後登記事項：		
	2、人員： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 機構名稱 <input type="checkbox"/> 其他：					
	原登記事項：			變更後登記事項：		
	3、設備資料： <input type="checkbox"/> 冷藏設備 <input type="checkbox"/> 不斷電設備 <input type="checkbox"/> 置放位置					
	原登記事項：			變更後登記事項：		
衛生所 審 核 結 果	<input type="checkbox"/> 同意申辦 <input type="checkbox"/> 不同意 原因：_____					

備註：本表業經衛生所審核同意醫療院所申辦事項，請於完成應辦事項後提供正本至轄區衛生所備查，再由衛生所提供電子檔(請勿傳真)予衛生局備查。

衛生所承辦人：

單位主管：