

## 醫院辦理「出院準備銜接長照服務計畫」申請表

### 壹、基本資料

醫院名稱				醫療機構代碼		
地址						
效期內評鑑 合格類別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院					
醫院負責人	(簽章)					
計畫主持人	(簽章)		計畫聯絡人	(簽章)		
連絡電話			電子信箱			

貳、出院準備服務團隊成員 (含出備評估人員、甲類輔具評估人員至少各1人)  
共\_\_\_\_\_人，本次需申請平板補助\_\_\_\_\_台。

單位	職稱	姓名	職掌
出院準備服務評估人員			
甲類輔具評估人員			
出院準備服務評估人員(待訓)			

(表格請依需求自行增列)

參、提供長照輔具服務：是 否

### 肆、合作服務團隊 (含甲類輔具人員及專業服務合作意向書)

單位名稱	代表人	職稱	服務項目

(表格請依需求自行增列)

臺中市政府衛生局

承辦人：

單位主管：