

## 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：