

**114 學年度臺中市學齡前兒童視力篩檢試辦計畫  
合約單位申請書**

填表日期： 年 月 日

機構名稱							機構代碼						
地址													
負責人							扣繳單位 統一編號						
聯絡窗口 (姓名)							電話						
E-mail													
預計可提供服務之 人力配置 及 服務量能	<input type="checkbox"/> 醫師 _____ 位 <input type="checkbox"/> 護理師 _____ 位 <input type="checkbox"/> 驗光人員 _____ 位 <small>請檢附健檢團隊人員基本資料(附表)及相關證明資料</small>												
	<b>單場次入幼兒園執行視力篩檢(半日)可提供之最大服務量：</b> <input type="checkbox"/> 50 人以下 <input type="checkbox"/> 50-100 人 <input type="checkbox"/> 100 人以上												
<b>個人資料蒐集、處理利用同意聲明：</b> 申請人同意提供本表所列及之各資料，作為辦理『114 學年度臺中市學齡前兒童視力篩檢試辦計畫』相關業務使用。													
此致 <b>臺中市政府衛生局</b>													
申請人簽名(章) _____ 申請日期： _____													
<b>【以下由衛生局填寫】</b>													
審核結果： <input type="checkbox"/> 同意為『114 學年度臺中市學齡前兒童視力篩檢試辦計畫』合約單位 <input type="checkbox"/> 待審核；建議修正意見及補提報資料： _____ <input type="checkbox"/> 不同意；原因： _____													
審核人： _____ 審核日期： _____													

## 團隊人員基本資料表

姓名	醫事人員類別	醫事人員證書字號	篩檢人員資格(請填寫代號) 1. 眼科醫師(無須檢附資料) 2. 護理師/驗光師 2-1. 執業登記於眼科或兒科診所 2-2. 其他可供證明具備眼科或兒科相關經驗(須提供證明) 2-3. 完成且通過國民健康署本計畫案之訓練課程 <sup>註</sup>

註：國民健康署本計畫案之訓練課程場次已於 114 年辦理完畢，該署將提供課程資料連結網址供無眼科或兒科相關經驗之護理師及驗光師於線上參訓。