**臺中市醫事人員支援(非)醫療機構暨變更支援時間申請書**

 中華民國 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本資料 | 支 援醫療機構名稱 |  | 支 援醫療機構電話 |  |
| 支 援醫療機構地址 | 臺中市 區 路（街） 段 巷 弄 號 |
| 支 援醫事人員姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 申請事（請備註支援時間，如範例）**支 援 時 段**項 | 被 支 援(非)醫療機構名稱 |  |
| 被 支 援(非)醫療機構地址 | 臺中市 區 路（街） 段 巷 弄 號 |
| 支 援 期 間 | 自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止 |
| 支 援 目 的 | ㄧ般支援 預防針接種 義診 其他  |
|  | 範例 | 時段 | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 日 |
| 09：00 | 上午 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14：00 | 下午 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17：00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19：00 | 晚上 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22：00 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 深夜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他時段： |
| 變更支援事項 | 1.原本局核准發文字號：中華民國 年 月 日中市衛醫字第 號2.原核准報備支援期間：自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止 3.原核准報備支援時段： : 至 :  |
| 1.擬變更支援期間：自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止2.擬變更支援時段： : 至 :  |
| **申請醫事人員簽章：** |
| 備註 | 1.機構間醫事人員之支援，應由所屬醫療院所向原發執業執照機關事先報准，另醫事人員支援 時數應符合勞基法規定或衛生福利部所訂工時，並應經機構負責人同意。2.期間最長不超過1年，期滿如需繼續支援，應於期間屆滿前重行辦理報准。3.以書面報備支援者，須提前申請(以本局收件日起算3個工作日完成核備)。4.一般支援報備可申請醫事系統入口網 (https://ma.mohw.gov.tw/maportal/)權限，俾利線上報備作業。5.若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。6.醫院醫師支援診所部分，規定如下：「支援醫師人數不得超過被支援診所醫師人數之2倍，支援時段不得超過被支援診所總服務時段之40%」。 |