

臺中市醫事人員支援其他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					
申請事項	被支援醫療機構名稱									
	被支援醫療機構地址	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								
	支援時段 (請備註支援時間，如範例)	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									
申請事項	3. 原核准報備支援時段：									
	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：										
申請醫事人員簽章：										
附件	1. 原服務機構之許可文件(負責醫師同意書)。									
	2. 支援醫事人員之執業執照正反面影本或名冊(載明基本資料1份)。									
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。									
	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)，TEL：04-25265394 分機 3762 FAX：04-25278953。									
	4. 一般支援報備可申請公共衛生資入口訊網(https://this-portal.doh.gov.tw)權限，俾利線上報備作業。									

