

## 申請書

本診所為申請全民健康保險特約診所，敬請 鈞局於附件「全民健康保險特約診所基本資料表」上所填資料查證並核章，請惠予辦理。

此致

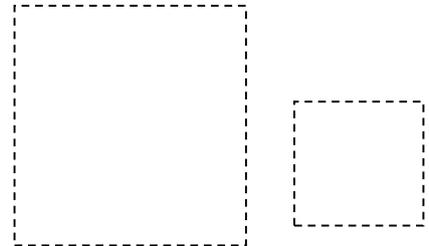
臺中市政府衛生局

申請人：

診所名稱：

地址：

電話：

Two dashed rectangular boxes are provided for the applicant to fill in their address and phone number. The first box is larger and positioned to the left of the second, smaller box.

中華民國

年

月

日

第 層決行

擬辦：

- 一、本案機構申請資料與本局登錄資料符合，請准予核章。
- 二、文陳閱後存查。