11212版

# 醫院辦理「出院準備銜接長照服務計畫」申請表

申請醫院名稱：

醫療機構代碼： 效期內之評鑑合格類別：

負責人： **(**簽章**)** 計畫主持人 **(**簽章**)**

計畫聯絡人： **(**簽章**)** 電子信箱：

聯絡電話：

地址：

出院準備服務團隊成員 **(**含評估人員、甲類輔具評估人員**)** 共○人，本次需申請平板數\_\_\_\_\_\_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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |

 (表格請依需求自行增列)

 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 | 甲類輔具評估人員數 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 (表格請依需求自行增列)

臺中市政府衛生局

承辦人員： 業務主管核章：