

附錄一

衛生福利部國民健康署「醫事機構戒菸服務補助計畫」申請表

- 初次申請開辦戒菸服務
- 新增醫事人員
- 解除合約或醫事人員

申請日期： 年 月 日

醫事機構代號		機構名稱	電話 (0 )	傳真機 (0 )	
負責人姓名	負責人身分證統一編號	公營醫療機構	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	層級	
全民健保所轄業務組	機構地址	市 縣	鄉鎮市區	郵遞區號	
人員類別	醫事人員姓名	申請類別	出生日期	村 路 段 巷 弄 號 樓	
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他	(簽章)	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日 身分證字號 E-mail	醫事人員證書字號	<input type="checkbox"/> 新增
				戒菸訓練證書字號	<input type="checkbox"/> 解除
近 5 年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有戒菸服務經驗；近 5 年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有違反本計畫契約書或遭健保署停約 1 年以上等重大違規情事，說明					
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他	(簽章)	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日 身分證字號 E-mail	醫事人員證書字號	<input type="checkbox"/> 新增
				戒菸訓練證書字號	<input type="checkbox"/> 解除
近 5 年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有戒菸服務經驗；近 5 年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有違反本計畫契約書或遭健保署停約 1 年以上等重大違規情事，說明					
<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他	(簽章)	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	年 月 日 身分證字號 E-mail	醫事人員證書字號	<input type="checkbox"/> 新增
				戒菸訓練證書字號	<input type="checkbox"/> 解除
近 5 年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有戒菸服務經驗；近 5 年內 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 曾有違反本計畫契約書或遭健保署停約 1 年以上等重大違規情事，說明					
說明	一、本表僅供各健保特約醫事機構申請辦理「醫事機構戒菸服務補助計畫」使用，表格不敷使用時請自行影印。 二、填寫完畢請附上：1.醫事證書影本、2.戒菸訓練課程證書影本、3.切結書，寄至臺北市 10050 林森南路 2 號 6 樓之 3 「國民健康署戒菸治療管理中心」收（聯絡電話(02) 2351-0120 轉 14）。				
	醫事機構名稱： (機構圖記或印信) 本機構 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 曾 5 年內違反本計畫契約書或遭健保署處停約 1 年以上等重大違規紀錄，說明如下： 負責人： (私章) (公立醫事機構負責人應加蓋職章) 經辦人： 分機： (私章) E-mail：			健康署填 辦理日期： 受理日期： 生效日期 年 月 日	

本計畫經費來自菸品健康福利捐