

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：107年8月1日

醫事機構代號	3 5 3 4 5 6 7 8 9 0	機構名稱	健康診所		電話	(02)2351-0120		傳真機	(02)2351-0081	
負責人姓名	王依詩		負責人身分證統一編號	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	公營醫療機構	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	層級	診所	E-mail: Wang@gmail.com	
全民健保所轄業務組	台北業務組		機構地址	台北市 中正 市區	鄉鎮	郵遞區號	1 0 0 5 0	村 林森南路	里 街	段 巷 弄 2 號 6 樓-3
人員類別	醫事人員姓名		申請類別	出生日期		身分證字號		醫事人員證書字號		戒菸訓練證書字號
<input checked="" type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 藥事人員 <input type="checkbox"/> 其他	王依詩 (簽章)		<input checked="" type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 衛教	50年1月1日		A 1 2 3 4 5 6 7 8 9		內 001818		<input checked="" type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除
近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否曾有戒菸服務經驗；近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 其他	魏教施 (簽章)		<input type="checkbox"/> 治療 <input checked="" type="checkbox"/> 衛教	60年1月1日		A 2 2 3 4 5 6 7 8 9		護 280001		<input checked="" type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除
近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否曾有戒菸服務經驗；近5年內 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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		醫事人員證書字號		<input type="checkbox"/> 新增 <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：健康診所  (機構圖記或印信)						辦理日期：		受理日期：		
本機構 <input checked="" 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：						健康署填		生效日期		
負責人：王依詩 (私章)  (公立醫事機構負責人應加蓋職章)										
經辦人：吳筱姐 分機：11 (私章)  E-mail: wu@gmail.com										

本計畫經費來自菸品健康福利捐