

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	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	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														
<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					身分證字號	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	醫事人員專科/專業證書字號	內 001818		<input checked="" type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 切結書				
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					身分證字號	A 2 2 3 4 5 6 7 8 9	醫事人員專科/專業證書字號	護 280001		<input checked="" type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 切結書				
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		醫事人員專科/專業證書字號			<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 切結書				
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	<p>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。</p> <p>二、填寫完畢寄至臺北市 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）。</p> <p>三、專科醫師證書字號請務必填寫，衛生所及事業單位醫師如無專科醫師資格請填「無」。</p>																				
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											
負責人：王依詩 (私章)					(公立醫事機構負責人應加蓋職章)					生效日期		年 月 日									
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