

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	E-mail:	
全民健保所轄業務組	機構地址	市縣	鄉鎮市區	郵遞區號			村里	路街	段巷弄	號樓		
人員類別	醫事人員姓名		申請類別	出生日期								
<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
				E-mail							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							醫事人員證書字號	<input type="checkbox"/> 新增
				E-mail							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							醫事人員證書字號	<input type="checkbox"/> 新增
				E-mail							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 10341 臺北市大同區塔城街 36 號「戒菸治療服務與管理窗口」收（聯絡電話 (02) 2351-0120）。 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」。											
醫事機構名稱： (機構圖記或印信)							辦理日期： 受理日期：					
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：							戒菸治療服務與管理窗口填					
負責人：	(私章)		(公立醫事機構負責人應加蓋職章)								生效日期	年
經辦人：	分機：	(私章)	E-mail：									