

臺中市因應嚴重特殊傳染性肺炎提供居家隔離或居家檢疫民眾 通訊診療服務申請書(診所版)

本診所有意願申請提供本市居家隔離或居家檢疫民眾通訊診療服務，
並依照通訊診察治療辦法規定辦理，相關基本資料及服務內容如下：

診所名稱	
機構代碼	
通訊診療服務提供方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 視訊
受理窗口	姓名：_____ 職稱：_____ 電話：_____ 傳真號碼：_____

◎申請日期： 年 月 日

◎本申請表各欄位請務必填列完整。

◎本申請表填具用印後，請傳真至本局醫事管理科，傳真
機號碼：(04)25155449 或(04)25156592，嗣後本局將據
以核發核准函，該申請書正本請自行留存備查。

診所用印處