

臺中市因應嚴重特殊傳染性肺炎提供居家隔離或居家 檢疫或居家照護之民眾通訊診療服務申請書

本診所所有意願申請提供本市居家隔離或居家檢疫或居家照
護之民眾通訊診療服務，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	
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，請傳真公會，傳真號碼：

04-22342374，由公會統一轉呈衛生局，嗣後衛生局將
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