

附件 1

職業災害勞工職能復健專業機構認可申請書

醫療機構名稱：		
醫療機構地址：		
開業執照字號：	代表人/負責醫師：	
聯絡人：	職稱：	聯絡電話：
是否為全民健康保險特約醫事服務機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否開設職業醫學科門診，每週至少1診次： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
是否向2個以上機關申請本辦法第19條附表所列服務項目之經費： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 機關名稱：_____ 金額：_____		
茲檢附下列文件 1 式 18 份，並依序裝訂成冊： <input type="checkbox"/> 醫療機構開業執照影本。 <input type="checkbox"/> 全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 開設職業醫學科門診證明。 <input type="checkbox"/> 專業人員名冊（含師級證書及執業執照影本）。 <input type="checkbox"/> 專業人員資歷證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 空間場地規劃圖（含平面圖及空間使用規劃）。 <input type="checkbox"/> 評估工具及設備設置證明。 <input type="checkbox"/> 服務計畫書。 <input type="checkbox"/> 其他。		
醫療機構全銜：	(請加蓋印信)	
代表人/負責醫師：	(簽章)	
填表日期：	年 月 日	