

全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區巡迴服務計畫 申請書

一、申請單位(_____醫療團)： (公會、分會、教學醫院)

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：()

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴縣市	鄉鎮區	學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	年 月

合計學校數：

總人數

總經費