

# 全民健康保險氣喘醫療給付改善方案申請書

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

聯絡傳真：

e-mail：

個案管理人：

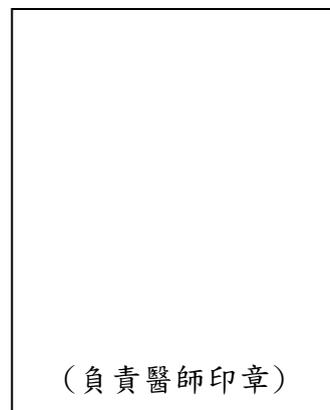
檢附資料：相關醫事人員資料表及認證書面資料影本

申請日期： 年 月 日

醫事機構章戳



(醫療院所印章)



(負責醫師印章)

## 參與氣喘方案相關醫事人員資料表

醫事機構代碼：

序號	新增 / 展延	職稱	姓名	身分證字號	內科	小兒科	家庭醫學科	耳鼻喉科	台灣胸腔暨重症加護醫學會認證專科醫師	中華民國免疫學會認證專科醫師	台灣兒童胸腔醫學會認證專科醫師	台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證專科醫師	氣喘照護教育訓練時數

備註：1. 取得相關認證之專科或資格處，請打「V」。

2. 請檢附認證書面資料影本。