

## 開業登記事項查證回復單

年 月 日

本院參加 103 年度中醫醫院評鑑，申請類別為：

中醫醫院評鑑      醫院附設中醫部門評鑑

請就本院之開業情形、負責醫師及中醫師數等資料予以查證，並請將結果通知衛生福利部。

此致

市、縣（市）衛生局

申請醫院：

負責醫師：

填表人簽章：

(請蓋關防及負責醫師章)

◎請查證本院下列資料是否與貴局登記之資料相符

項 目	本院填報資料 (醫院填寫)	該院登記資料 (衛生局填寫)	查證結果 (衛生局填寫)
開 業 登 記	於評鑑申請截止日(103年5月17日)前領有開業執照? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	於評鑑申請截止日(103年5月17日)前領有開業執照? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
醫療機構代碼(10碼)			<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
中醫醫院開業日期 <sup>1</sup>	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
中醫部門成立日期 <sup>2</sup>			<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
專任中醫師人數	位	位	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
中醫醫院負責醫師 <sup>1</sup>			<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
中醫部門負責醫師 <sup>2</sup>			<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____
診 療 科 別	<input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫外科 <input type="checkbox"/> 中醫眼科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 傷科 <input type="checkbox"/> 針灸科 <input type="checkbox"/> 痔科 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)	<input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫外科 <input type="checkbox"/> 中醫眼科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 傷科 <input type="checkbox"/> 針灸科 <input type="checkbox"/> 痔科 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同(請說明) _____

◎綜合意見(衛生局填寫)

一、綜合上述資料，該院 符合醫療機構設置標準  
不符合醫療機構設置標準(包括：\_\_\_\_\_)

二、該院於本局所登記之資料，業已輸入「醫事機構管理系統」及「醫事人員管理系統」中：

已核實輸入。  
未輸入，惟於3日內完成。(註：務請於3日內完成輸入，以免影響該院之評鑑成績。)

市、縣（市）衛生局

查證人員：

簽章

業務主管：

簽章

備註：1.申請中醫醫院評鑑者，請填「中醫醫院開業日期」及「中醫醫院負責醫師」。

2.申請醫院附設中醫部門評鑑者，請填「中醫部門成立日期」及「中醫部門負責醫師」。

3.本回復單煩請貴局於103年5月24日前逕寄衛生福利部(台北市中山區雙城街6號)彙辦，以符合醫院申請評鑑時效。