

編號：

中醫醫院評鑑申請書

本院擬申請參加由貴部主辦之 103 年度中醫醫院評鑑，有關本院開業登記事項查證回復單已另案送請_____市、縣（市）衛生局查證，請 鑒核。

此 致

衛生福利部

申請醫院名稱（全銜）：_____

申請醫院英文全銜：_____

醫療機構代碼（十碼）：_____

◎申請類別：

中醫醫院評鑑

醫院附設中醫部門評鑑

◎是否參加下列評鑑（選）：

95 年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑

97 年度中醫醫療機構負責醫師二年以上醫師訓練醫院評選

100 年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑

均未參加

◎是否在醫院評鑑合格效期內：

是，合格效期至__年__月__日止

選擇「得予免評」方式接受評量

不選擇「得予免評」方式

否

◎服務科別（103 年 5 月評鑑申請截止實際門診時間表之分科）：

中醫內科中醫外科中醫眼科中醫兒科中醫婦科傷科針灸科痔科

其他（請說明）_____

負責醫師簽章：_____（請蓋關防及負責醫師章）

聯絡人（職稱）：

地 址：

電 話：

傳 真：

電子郵件信箱：

中 華 民 國 1 0 3 年 月 日