

衛生福利部 函

機關地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85906061
聯絡人及電話：車參莉(02)85907472
電子郵件信箱：mdcher@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國105年4月1日
發文字號：衛部心字第1051701859號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關貴機構申請辦理「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」(以下稱本計畫)一案，詳如說明段，請 查照。

說明：

- 一、依據本部104年9月2日衛部心字第1041701720號公告辦理。
- 二、有關核定辦理本計畫醫療機構名單及訓練項目，本部已於105年2月15日以衛部心字第1051701829號公告在案。請 貴機構逕至本部「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」系統(網址：https://dpgy.mohw.gov.tw/Security/Login_DPGY.aspx)查閱審查結果。
- 三、經審查結果為「不通過」之計畫，申請機構得於文到14日內依審查委員意見進行計畫修正或補充資料，函送乙式2份至財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會申請重新認定。惟原機構申請計畫不符合公告要求年資之專任牙醫師數者，則不得申請重新認定。

正本：如正、副本行文單位

副本：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會