居家醫療照護整合計畫之申請聘僱外工從事家庭看護工作專業評估之居整計畫診所」申請表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫療機構代碼 | 醫療機構名稱 | 所在縣市 | 醫療機構住址 | 醫療機構院電話 | 整合團隊代碼 | 整合團隊名稱 |
| 0000000000(範例) | OOO中醫診所(範例) | 臺北市(範例) | 所在縣市、醫療住址：統一使用繁體臺、避免使用簡字及英文表示樓層、數字以半形、分項以頓號「1、2樓」顯示臺O市OOO路OO之O號O樓、O樓 | 醫療機構電話：建議採02-00000000 格式 | HMXXOO(範例) | OOO照護團隊(範例) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

申請表格填妥後寄至以下信箱

twtm09@gmail.com

電話: 02-2959-4939分機13

承辦人:李先生