

支援申請公文(附件一範例)

檔 號：

保存年限：

甲診所 函

地址：

聯絡人及電話：

電子郵件信箱：

傳真電話：

受文者：臺南市政府衛生局

速別：普通件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國〇〇年〇〇月〇〇日

發文字號：甲診所字第〇〇〇〇號

附件：如說明三

主旨：本診所王小明醫師前往乙診所執行醫療業務，請 查照。

說明：

一、本案申請之醫師及申請事項如下：

(一) 醫師姓名：王小明

身份證字號：

(二) 醫師證書字號：醫字第〇〇〇〇號

執業執照字號：南市衛醫字第〇〇〇〇號。

(三) 前往執行業務場所：乙診所

科別：

(四) 期間：自民國〇〇年〇〇月〇〇日起至民國〇〇年〇〇月〇〇日止。

(五) 時段：每週二下午及晚上。

二、檢附乙診所〇〇年〇〇月〇〇日乙診所字第〇〇〇〇號函

正本：臺南市衛生局

副本：乙診所

甲診所

印章

負責醫師

印章

被支援機構邀請函(附件二範例)

檔 號：
保存年限：

乙診所 函

地址：
聯絡人及電話：
電子郵件信箱：
傳真電話：

受文者：臺南市政府衛生局

速別：普通件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國○○年○○月○○日

發文字號：乙診所字第○○○○號

附件：

主旨：本診所擬聘請王小明醫師至本診所執行醫療業務，期間自○○年○○月○○日起至○○年

○○月○○日止，每週二下午及晚上，共計二時段，敬請 惠允
函覆，並請向所在地主管機

關報備後，連同 貴診所同意函送本診所

正本：甲診所

副本：乙診所

乙診所

印章

負責醫師

印章