

臺南市政府衛生局作業標準書

醫事人員支援報備申請作業規範 (民)衛醫政 S03

訂定(修訂)單位		文件類別	文件編號
醫事科醫政管理股		作業標準(S)	03
訂定(修訂)紀錄			
版次	訂定(修訂)日期	修訂頁次	訂定(修訂)內容摘要
1	102.05.18		新訂定
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

<input checked="" type="checkbox"/> 訂定/ <input type="checkbox"/> 修訂/ <input type="checkbox"/> 廢止	審 查	核 准
林淑雯	股長 卿盛瑛 技正 吳清擬 醫事科科長 韓佩軒	局長 林聖哲

臺南市政府衛生局醫事科作業程序 醫事人員支援報備申請作業規範

壹、目的：

政府基於照顧國民健康、提升醫療服務品質、效率及均衡醫療資源分布，所為之醫事人力及醫療資源管理之參考，並落實憲法 157 條增進民族健康之意旨。

貳、相關法令及規定：

依據醫師法、醫療機構設置標準、護理人員法、醫事檢驗師法、醫事放射師法、物理治療師法、職能治療師法、呼吸治療師法、心理師法、聽力師法、語言治療師法規定。

參、民眾應附證件、書表、表單、附件及份數：

紙本公文申請應附證件：

- 一、支援申請公文〈附件一〉
- 二、被支援機構邀請函〈附件二〉

肆、內部行政作業使用表單、附件：略。

伍、名詞定義：略。

陸、其它

一、審查作業規定：

- (一) 於支援日七天前提出申請。
- (二) 支援醫事人員如於原登錄執業場所註銷執業或停止執業時，本支援案即自動失效。
- (三) 支援期間最長不得超過一年，期滿如需繼續支援，應於期間屆滿前重新辦理報備。
- (四) 公費醫師赴他醫療機構支援申請，應報經行政院衛生署同意後，始得為之。
- (五) 報備公文請載明支援地點時段、期間，以符合支援報備規定精神。
- (六) 醫院醫師支援診所醫療業務，規定支援醫師不得超過被支援診所醫師人數之 2 倍，支援時段不得超過被支援診所總服務時段之 40%。

二、網路申請相關說明：

- (一) 登錄說明
- (二) 申請醫師支援報備權限
- (三) 權限通過後即可申請醫事人員（藥師除外）支援報備
- (四) 案件查詢

上述線上申報流程請詳見行政院衛生署 公共衛生資訊入口網
(<https://this-portal.doh.gov.tw/index.do>) 【醫事人員前往他處執行醫療業
務線上申報流程】

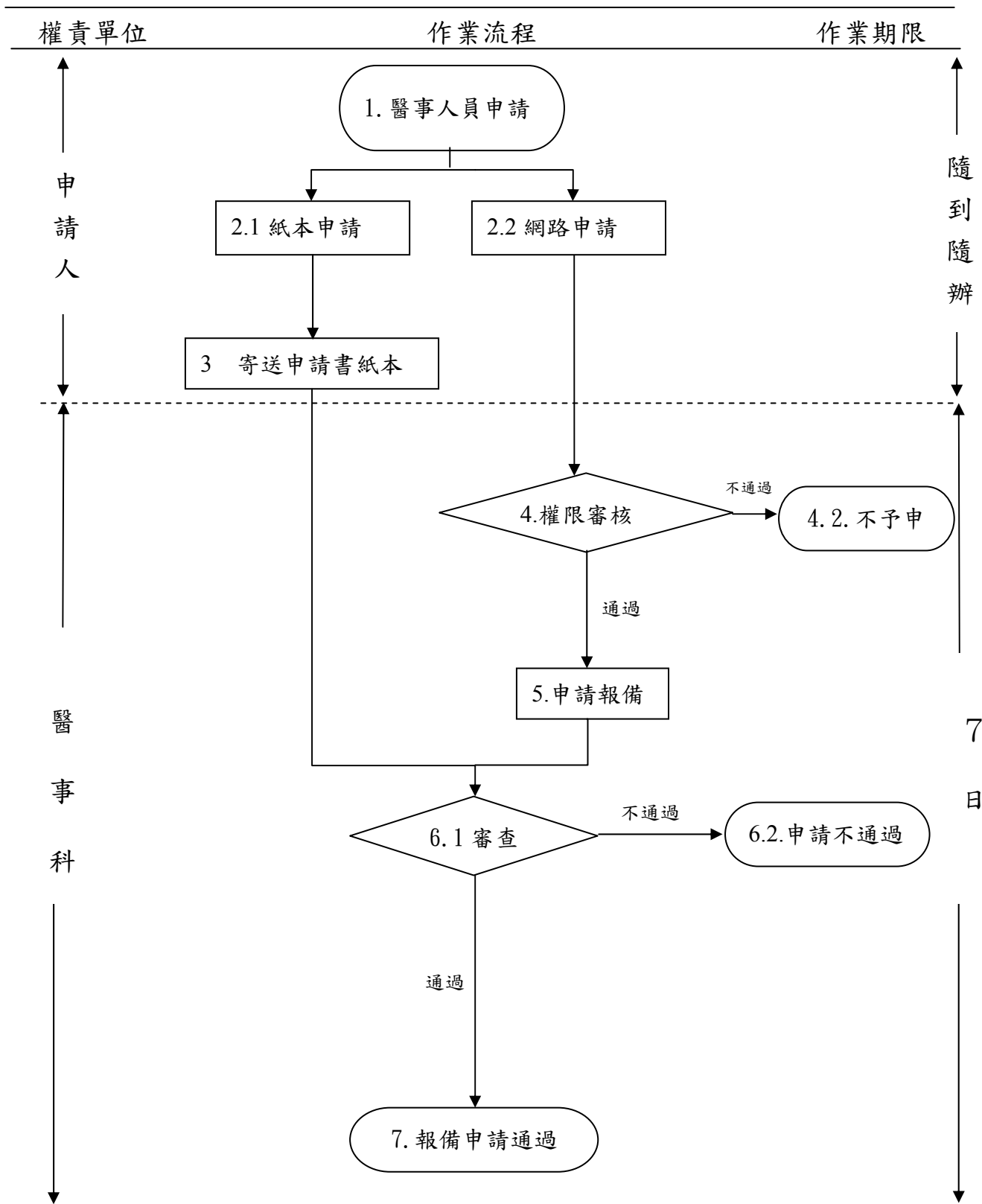
柒、作業內容

一、流程圖：如後附

二、流程說明：如後附

臺南市政府衛生局醫事科流程圖

醫事人員支援報備申請作業規範



臺南市政府衛生局醫事科流程說明
醫事人員支援報備申請作業規範

作業流程	步驟說明	作業期限
1. 醫事人員申請	醫事人員（藥師除外）執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之，但醫事人員前往其他醫療機構執行醫療業務應事先報備核准使得為之。	隨到隨辦
2.1 紙本申辦	紙本申請支援報備，請於七天前提出申請	
2.2 網路申請	網路申請支援報備，請於七天前提出申請	
3. 寄送申請書紙本	請檢附(一)申請支援公文，載明支援人員資料、支援科別、期間、時段及支援機構，(二)支援機構邀請函。並寄送至本局醫事科辦理。	7日
4.1 權限審核	請至【公共衛生資訊入口網】應用系統帳號申請/醫事人員報備支援線上申辦系統/申請增加。請電話通知衛生局林森辦公室-2679751分機1011或東興辦公室-6357716分機119核准申請權限。帳號權限或系統操作問題可撥打客服專線0800-093123洽詢	
4.2. 不予申請	權限不通過不得申請醫事人員網路支援報備	
5. 申請報備	請登入系統點選【醫事人員報備支援線上申辦系統】，進行申請報備	
6.1 審查	本局醫事科進行資料審核作業	
6.2 申請不通過	經審查後不通過者不予申請	
7. 報備申請通過	通過醫事人員支援報備申請	

支援申請公文

檔 號：
保存年限：

【範例 1】

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○○年○○月○○日

發文字號：甲診所字第○○○○號

附件：如說明三

主旨：本診所王小明醫師前往以診所執行醫療業務，請 查照。

說明：

一、 本案申請知醫師及申請事項如下：

- (一) 醫師姓名：王小明 身分證字號：
- (二) 醫師證書字號：醫字第○○○○號 執業執照字號：南市衛醫字第○○○○○號
- (三) 前往執行業務場所：乙診所 科別：
- (四) 期間：自民國○○年○○月○○日起至民國○○年○○月○○日止。
- (五) 時段：每週○ ○午○○點至○○點

二、 檢附乙診所○○年○○月○○日乙診所字第○○○○號函

正本：臺南市政府衛生局

副本：乙診所

甲診所
印章

負責醫師
印章

被支援機構邀請函

檔 號：
保存年限：

【範例 2】

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：甲診所

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：本診所擬聘請貴所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，並請向所在地衛生主管機關報備後，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