

臺南市政府衛生局補助本局指定醫療機構假日支援衛生 所檢驗屍體掣給死亡證明書實施計畫【申請書】

| | | | | |
|-----------------|--|--|--------|----------|
| 基本資料 | 醫療機構名稱 | 中文： | | |
| | 預計服務範圍 | <input type="checkbox"/> 第1作業區 <input type="checkbox"/> 第2作業區(自行評估同時申請二作業區或申請一作業區) | | |
| | 負責人姓名 | | 統一編號 | |
| | 聯絡人 | | 電話 | () (分機) |
| | | | 手機 | |
| | | | 傳真 | |
| | | | E-mail | |
| 登記地址 | (郵遞區號) | | | |
| 通訊地址 | (郵遞區號) | | | |
| 已檢附書表 (自行勾選) | <input type="checkbox"/> 1. 申請書。 <input type="checkbox"/> 2. 計畫書(內容列入評分)。 <input type="checkbox"/> 3. 經主管機關核可設立之證明文件。(檢附: <u>本局指定醫療機構核准函</u> 、 <u>醫療機構開業執照</u> 、 <u>負責人國民身分證</u> 、 <u>醫師證書</u> 、 <u>執業執照</u> 之正反面影本(含可派出指定相驗醫師)) | | | |
| 切結事項 | 1. 申請文件如有隱匿、虛偽或造假等不實情事，本局得撤銷或廢止原核准補助處分之全部或一部，並通知限期繳回全部或一部之補助款。 2. 同一補助項目已申請或獲得政府機關其他補助者，不得再申請本補助。 | | | |

此致

臺南市政府衛生局

醫療機構名稱： (請蓋章)

負責人： (請蓋章)

中 華 民 國 年 月 日

臺南市政府衛生局補助本局指定醫療機構假日支援衛生所 檢驗屍體掣給死亡證明書實施計畫【計畫書】(申請用)

- 一、醫療機構名稱：_____
- 二、預計服務範圍：第1作業區第2作業區(自行評估同時申請二作業區或申請一作業區)
- 三、計畫內容：(計畫內容列入評分，詳如評選須知，依下列項目及順序撰寫，請檢附相關文件)

(一)專業能力(40分):

1. 醫療機構簡介(名稱、規模)(10分)
2. 可派出指定相驗醫師人數(20分)
3. 醫師學經歷/執業科別/開立死亡證明書經驗(10分)

(二)計畫執行能力(60分):

1. 醫師值勤之交通方式、保險情形(15分)
2. 受理案件方式、如何聯繫民眾、如何規劃路線(15分)
3. 開立死亡證明書方式、領取死亡證明書方式(15分)
4. 公共衛生合作經驗(例如:流感疫苗注射、社區醫療保健服務、支援行政相驗..)(15分)