

**機構名稱：**

# 113年度衛生福利部牙醫診所醫療品質認證

**機構成員一覽表**

填寫注意事項

1. 醫事人員請填寫**執照字號**及**專科證書證號**。
2. 字體宜清晰，內容勿塗改。
3. 請確認所有人員（含支援報備），含所有醫事人員(醫師、護理師、藥師等)、其他人員(牙醫助理、行政人員等)

## 第一部分：醫事人員(牙醫師、護理師、藥師等)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **執業登記**  **支援報備／**  **執業登錄** | **服務單位** | **職稱** | **姓名** | **工作項目** | **職業年資** | **證書/訓練** | **備註** |
| [**執業登錄**](http://www.google.com.tw/search?hl=zh-TW&tbo=d&biw=1680&bih=855&spell=1&q=%E6%94%AF%E6%8F%B4%E5%A0%B1%E5%82%99%2B%E5%9F%B7%E6%A5%AD%E7%99%BB%E9%8C%84&sa=X&ei=q6QHUYLdM4yFkwX_4YD4AQ&ved=0CCsQvwUoAA) | **○○牙醫診所** | **牙醫師** | **王○○** | **1.牙齒疾病治療、矯正、植牙等**  **2.提供牙齒疾病或相關知識的諮詢**  **3.指導病患注意口腔的保健** | **5年** | 1. **執照字號：○○衛牙醫執字第○○○○號)** 2. **專科證書證號，○○專醫字第○○**   **○○號**   1. **BLS／ALS／ACLS 效期自○年○月○日**   **至○年○月○日** |  |
|  |  |  |  | **（自行增列補述）** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**第二部分：其他人員(牙醫助理、行政人員等)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **職稱** | **姓名** | **工作項目** | **工作年資** | **證書/訓練** | **備註** |
| **牙醫助理** | **林○○** | **顧客接待與需求服務、牙醫器材設備及材料之準備、執行疾病分類及病歷資料管理。** | **5年** | 1. **牙醫助理認證證書** 2. **BLS 效期○年○月○日至○**   **年○月○日** |  |
|  |  | **（自行增列補述）** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |