

# 中華民國藥師公會全國聯合會

## 「全民健保藥事居家照護」藥事人員服務申請表

101/05/10

申請人姓名：	出生日期：	手機號碼：
身分證字號：	連絡地址：	
e-mail 地址：	藥事人員證書字號：	是否為藥局負責人？ 是_____ 否_____
執業處所名稱(社區藥局)：	健保機構代碼：	藥局電話(含區域碼)： ( )
執業處所地址：		所屬公會：

是 否 為健保局特約藥局之藥師且該藥局具有兩位以上藥事人員執業

是 否 三年內有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法暨相關法令規定

是 否 已通過中華民國藥師公會全國聯合會認證之完整職前訓練並附證明於後，且申請人已充分了解擔任本方案藥事服務人員之權利義務暨相關規定，並保證確實遵守。

此 致

中華民國藥師公會全國聯合會

藥事人員簽名：

申請日期：

---

說明：請於收到培訓及格證書，確認參加藥事照護意願與確定執業藥局資格後，一周內填寫此申請表，並傳真或郵寄藥師公會全聯會(傳真：02-2599-1052, 地址：10452 台北市民權東路一段 67 號 5 樓) 收件人：藥事照護發展中心