**「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表**

附件一

健保特約藥局名稱：

醫事機構代碼：

聯絡人： 電子信箱：

健保特約藥局電話： 傳真電話：

健保特約藥局地址：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 姓名 | 身分證字號 | 聯絡電話及手機 | 電子郵件信箱 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

 (表格請依需求自行增減列)

共＿＿＿＿位藥師

本案所附資料業經藥局負責人確認內容屬實

負責人簽章： 藥局章：

**註：請使用與健保署簽約時使用之相同用印大小章**