**「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表**

醫事機構代碼：

醫事機構名稱：

醫事機構地址：

聯絡人： 電子信箱：

電話： 傳真電話：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 姓名 | 身分證字號 | 電話及手機 | 電子郵件 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

(如超過3位請另填一張表單)

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**

中華民國 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 審  核  情  形 | 分區業務組意見：  □是 □否 申請日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第38條至第40條所列違規情事。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。  □是 □否 通過中華民國藥師公會全國聯合會培訓且符合其認證審查資格  審查結果：□同意 □不同意  理由  承辦 複核 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |