**「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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |