**「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表**

(地區醫院適用)

□新申請

□報備支援

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請醫院名稱：  醫院代碼： 評鑑類別： | | | | | |
|  | | | | | |
| 聯絡人： | | | 電子信箱： | | |
| 聯絡電話： | | | 傳真電話： | | |
| 地址：( ) | | | | | |
| 序號 | 姓名 | 聯絡電話 | | 電子郵件信箱 | 備註 |
| 1 |  |  | |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |

(表格請依需求自行增減列)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共 |  | 位藥師 |

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

**請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。**