

**新竹縣 醫療院所提供 ICOPE
預防及延緩失能之長者功能評估服務 申請書**

112.11.26 新竹縣政府衛生局 製版

基本資料										
醫療院所名稱	醫事機構代號									
地址										
電話	E-mail									
負責醫師(人)	簽章					預計服務個案數	_____人			
申請條件	項目									
1. 機構單位屬性	<input type="checkbox"/> 醫院： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 診所： <input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 其他專科：_____ <input type="checkbox"/> 藥局： <input type="checkbox"/> 社區藥局 <input type="checkbox"/> 診所藥局 <input type="checkbox"/> 其他類型 <input type="checkbox"/> 治療所： <input type="checkbox"/> 職能治療所 <input type="checkbox"/> 物理治療所 <input type="checkbox"/> 驗光所 <input type="checkbox"/> 聽力所 <input type="checkbox"/> 其他有醫事人員配置之機構：_____									
2. 機構可提供服務人力清冊(請填人數)	總數	醫師	藥師	護理師	治療師	營養師	驗光師	聽力師	行政	
3. 其他備註事項：										

申請日期：

醫事服務機構印信及負責人簽章：