

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
「家庭醫師整合性照護計畫」院所醫師異動申請表

醫療群編號：

醫療群名稱：_____社區醫療群

執行中心診所代號：_____執行中心診所名稱：

申請異動資料：

診所代號	診所名稱	醫師 ID	醫師姓名	醫師專科別	異動情形	生效日
					<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 退出	
					<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 退出	
					<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 退出	

退出本計畫具體原因：

(執行中心診所印章)

(執行中心醫師印章)