

# 公告

## 99年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫申請書

### 99年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫申請書

(以院所為單位)

一、醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ 醫事機構代號：\_\_\_\_\_

二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、申請醫師(負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加)

序號	身份證字號	醫師姓名	資格

註：資格分為：1.台灣牙周病醫學會專科醫師、2.台灣牙周病醫學會一般會員、3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、5.一般醫師；請以號碼填寫。

四、院所電話：(    ) \_\_\_\_\_ 傳真：(    ) \_\_\_\_\_

五、聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

六、地址： \_\_\_\_\_

七、e-mail address：\_\_\_\_\_

八、檢附教育訓練證明