

衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業申請書

附表一

壹、基本資料

一、機構名稱：_____ 統一編號：_____

(若申請機構為居家護理機構，請證明所設立非長照機構)

機構地點：_____ 縣市 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____ 號

二、申請人：_____，出生年次：民國 _____ 年，性別：_____

聯絡地址：_____，電話：_____，手機：_____

E-Mail：_____ 傳真：_____

三、負責之醫事人員：_____，電話：_____，手機：_____

畢業學校：_____，畢業年月：_____年_____月

是否為公費生：_____，原住民族別：_____，性別：_____

證書字號：_____字_____號，領證年月：_____年_____月

專科證書字號：_____專醫_____字_____號，

領證年月：_____年_____月

經 歷：

起訖年月

開執業縣市

機構名稱

_____ (目前執業處)

四、人員配置：

五、設置科別：

六、門診或服務時間：

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
夜間							

貳、機構需要性分析

一、機構目的：

1. _____
2. _____

二、預估服務概況：

年別 項目	第一年	第二年
全年服務人次		

參、開業經費需求及來源

一、開業總經費：_____元(含自籌與申請補助)。

二、本次所提開業計畫是否已申請貸款：

是，貸款銀行：_____銀行_____分行

貸款金額：_____元

貸款期限：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

(*請備貸款銀行借據及清償明細表)

否

申請人：_____ (簽章並蓋機構章)

日期：108年____月____日

附表二

院舍硬體工程摘要：

一、建築面積：

總樓地板面積：_____坪（不含停車場及宿舍）

樓層數：地上_____層，地下_____層

各樓層設計：

層別	樓地板面積（坪）	用途（請詳列）
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
合計	_____	

（各樓層用途如含停車場或宿舍，請註明其面積）

二、建立機構土地現況：

土地取得情形：

- 自有
- 擬購
- 租賃
- 其他_____

三、建立機構房舍現況：

房舍取得情形：

- 自有
- 擬購
- 租賃
- 其他_____

切 結 書

本人 設立 (機構名稱)，依據「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」，向衛生福利部申請補助。茲切結：

- 一、本人未曾申領過政府機關之開業補助經費。
- 二、於開業期間，恪遵「補助醫事人員至原住民族地區開業要點」及醫療相關法規服務病患，提供醫事服務至少 2 年，執業時間每週不得少於 40 小時。。

如有違反上開切結事項，應依「衛生福利部補助醫事人員至原住民族地區開業要點」繳回全部之補助經費，若未繳回，將依行政程序法規
定辦理。

此致

衛生福利部

切結人： (簽章)

地 址：

醫事人員證書字號：

證明人： 衛生局 (關防)

法定代理人： (局長)

中 華 民 國 108 年 月 日