**附件15**

|  |
| --- |
| **「110年度COVID-19疫苗接種計畫」****縣（市）衛生局合約醫療院所申請表** |
| 醫療院所名稱： 十碼代碼： |
| 醫療院所負責人： |
| 醫院等級別: □醫學中心 □區域醫院 □診所 |
| 地址： 鄉（鎮市區） |
| 聯絡人： | 聯絡人電話： | 聯絡人E-mail: |
| 是否為辦理常規預防接種之合約院所 □是 □否 |
| 申請合約資格類別：(區域級(含)以上醫院可複選) □第一階段接種院所 □第二階段接種院所 □第三階段接種院所 |
| **一、專科醫師證書（影印一份黏貼於背面）：**(負責醫師未異動者免付)**負責醫師專科:** □內科 □家醫科 □兒科 □其他 **二、冷藏設備及疫苗管理能力**1.冷藏/監測設備符合規定：□是 □否；2.各層架溫度分布紀錄：□有 □無；3.冷藏設備啟用前連續2週之溫度控制範圍於2-8℃間記錄：□有 □無；4.高低溫度計準確性量測：□有 □無；5.具管理能力人員數： 人；訓練/認證證明：□有 □無**三、因應緊急狀況之急救設備與緊急轉送流程**1.設置有接種後之休息區：□有 □無2.備有急救設備〔至少應儲備Epinephrine （1:1000）〕：□有 □無3.具有緊急轉送流程：□有 □無**四、連線網際網路設備及功能：**□有 □無**五、接種流程圖（請黏貼於背面）：**□有(且需確認疫苗能確實接種於本計畫實施對象身上) □無**六、接種場所空間配置（請圖示並黏貼於背面）：**□有 □無**七、接種人力編制（含醫師、護士、社服人員及臨時可機動調派人力）****八、COVID-19疫苗專責門診時間:****□每週一至 ， □ 上午 診 □ 下午 診 □ 晚間 診****九、每日最高接種人數：** 人**十、避免擁擠施打規劃之行政措施：**1. □ 開放預約：□網路 □電話 □傳真 □現場
2. □ 發放號碼牌
3. □ 規劃及公告接種流程
4. □ 開闊空間設置臨時接種地點
5. □ 其他
 |
| **十、公費及自費疫苗收費細目與金額**1.公費疫苗：醫療費用收費金額（必填欄位）

|  |  |
| --- | --- |
| 掛號費 | 其他接種相關醫療費用 |
|  |  |

2.自費疫苗：**若接種計畫後續醫療院所購置自費疫苗，請將收費標準主動****提報地方衛生局。****申請人已審閱「110 年度COVID-19疫苗接種計畫」並充分瞭解計畫規定，並願遵照疾病管制署及衛生局相關規定辦理接種服務。****個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：**申請人同意提供本表所列及提供之個人資料，做為辦理COVID-19疫苗接種相關業務使用。**此致 衛生局****申請人簽名（章）**

|  |
| --- |
| **□同意為COVID-19疫苗合約醫院資格** |
| **□待審核；建議修正意見及補提報資料：** |
| **□不同意；原因：** |

**審核結果：****審核人： 審核日期：****單位主管：** |