

宜蘭縣醫療機構申請

指定精神醫療機構

申請表

指定精神專科醫師

壹、醫療機構名稱：_____

貳、申請日期：____年____月____日

參、本次申請：

第一次 申請展延（前次效期：○○年○○月○○日至○○年○○月○○日）

肆、評鑑類別：

（新制）醫院評鑑（合格效期：○○年○○月○○日至○○年○○月○○日）

新制精神科醫院評鑑（合格效期：○○年○○月○○日至○○年○○月○○日）

診所（無評鑑，免填）

伍、現有醫療業務情形：（可重複請勾選）

設有精神科急診

2. 設有精神科門診

精神科急性病床____床

4. 精神科慢性病床____床

提供精神科居家治療業務

6. 其他_____

陸、現有精神科醫療人力配置：

醫師____位（專科醫師____位、醫師____位）

護理人員____位 社會工作人員____位

臨床心理師____位 職能治療人員____位

柒、申請指定專科醫師人數____位（檢附清冊）

捌、檢附資料：共____件

醫院評鑑合格證明書影印本

開業執照影印本（A）

檢附指定精神專科醫師清冊，包括姓名、身分證字號、專科證書字號、本次申請（填第一次或申請展延）、教育訓練時數、教育訓練證明文件（第一次申請免附）。

前次指定精神醫療機構證明文件（第一次申請免附）。

申請指定精神專科醫師清冊

一、醫療機構名稱：_____

申請日期：____年____月____日

二、申請指定精神專科醫師人數：_____位

三、填寫單位聯絡人：_____電話：_____傳真：_____e-mail：_____

四、申請指定專科醫師資料：

姓名	身分證字號	專業證書號碼	聯絡電話	本次申請	教育訓練時數 (展延指定效期時 請需填寫)	證明文件
				<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 申請展延		<input type="checkbox"/> 精神專科醫師證書影本(有效期限內)。 <input type="checkbox"/> 執業執照影本。 <input type="checkbox"/> 教育訓練時數證明
				<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 申請展延		<input type="checkbox"/> 精神專科醫師證書影本(有效期限內)。 <input type="checkbox"/> 執業執照影本。 <input type="checkbox"/> 教育訓練時數證明
				<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 申請展延		<input type="checkbox"/> 精神專科醫師證書影本(有效期限內)。 <input type="checkbox"/> 執業執照影本。 <input type="checkbox"/> 教育訓練時數證明
				<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 申請展延		<input type="checkbox"/> 精神專科醫師證書影本(有效期限內)。 <input type="checkbox"/> 執業執照影本。 <input type="checkbox"/> 教育訓練時數證明

備註：

- 一、指定專科醫師，指定有效期間為6年。地方主管機關並應將指定名單，報中央主管機關備查。
- 二、指定專科醫師應於初次指定日起6年內，接受12小時以上由中央主管機關或由其認可相關機構、團體辦理之強制鑑定、強制住院及強制社區治療相關教育訓練課程。
- 三、完成前項課程者，得檢具證明文件，於效期屆滿前3個月，向地方主管機關申請展延指定效期。其經審查通過者，每次展延以6年為限。未於限期內完成展延，其指定資格自動失效。
- 四、指定專科醫師喪失精神科專科醫師資格者，其指定資格自動失效。