**衛生福利部國民健康署**

**「114年度補助地方推動兒童發展聯合評估服務計畫」**

**醫療機構首次申請資格檢核表**

|  |  |
| --- | --- |
| 醫療機構名稱 |  |
| 醫事機構代碼 |  |
| 醫院層級 |  |
| 地址 |  |
| 醫療機構代表人 |  |
| 計畫主持人 |  |
| 聯絡人 |  | 電話： |
| 傳真： |
| E-mail |
| 基本申請條件 |
| 評估團隊基本配置 | □符合，並已檢附團隊成員名單 |
| 評估個案目標數 | □預估完成評估○名，已達評估個案基本目標數(區域級(含)醫院以上 200 名、地區醫院 150 名) |
| 外展評估 | □有意願辦理，114年預計辦理**外展評估**○場□暫無意願 |
| 其他檢附文件 | □團隊成員名單□醫院評鑑合格證明(影本) |
| 代表人： (簽章)醫療機構印章計畫主持人： (簽章) |

【團隊成員名單】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 計畫角色 | 姓名 | 職稱(oo科醫師/oo治療師) | 週工作半天數 | 本計畫擔任具體工作性質、項目及範圍 |
| 計畫主持人 |  |  |  |  |
| 協同主持人 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |
| 團隊成員 |  |  |  |  |

※表格不足請自行增列