

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	<input type="checkbox"/> 符合，並已檢附團隊成員名單		
評估個案目標數	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有意願辦理，114 年預計辦理外展評估○場 <input type="checkbox"/> 暫無意願		
其他檢附文件	<input type="checkbox"/> 團隊成員名單 <input type="checkbox"/> 醫院評鑑合格證明(影本)		

醫療機構印章

代表人：

(簽章)

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