

南投縣政府衛生局
周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫申請表

醫療院所/公會名稱：		十碼代碼：	
醫療院所負責人/理事長：			
地址：□□□-□□□ 南投縣			
聯絡人：		院所電話：(049)-	聯絡人E-mail
申請 資料 檢 核	一、請依序檢附下列影本文件： (一)申請資格 1. ☐ 醫療機構開業執照(須登記有婦產科診療科別) 或 ☐ 依法立案、登記證書 (二)專業能力證明 1. ☐ 專科醫師證書：(請 1 名醫師代表) ☐ 婦產科 ☐ 家醫科 ☐ 小兒科 ☐ 其他 _____ 2. ☐ 孕產(兒)婦相關教育訓練證書或證明文件 3. ☐ 設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室： ☐ 是 ☐ 否； 4. ☐ 母嬰親善院所(或機構)： ☐ 有 ☐ 無； 5. ☐ 孕產婦(兒)轉診機制 6. ☐ 健康風險因子轉介資源機制 7. ☐ 具管理個案人員數：_____人；訓練 / 認證明： ☐ 有 ☐ 無 二、連線網際網路設備及功能： ☐ 有 ☐ 無 三、其他文件： 1. ☐ 計畫書 2. ☐ 合作同意書 3. ☐ 公職人員及關係人身分關係揭露表(負責人)		
	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之各資料，作為辦理周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫相關業務使用。 此致 南投縣政府衛生局 負責人簽名(章)： _____ 申請日期： _____		

【以下由衛生局填寫】

審核結果：☐ 同意為周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫醫療院所(或機構)資格

☐ 待審核；建議修正意見及補提報資料：_____

☐ 不同意；原因：_____

審核人：

審核日期：

審核主管：

本計畫由菸品健康福利捐補助