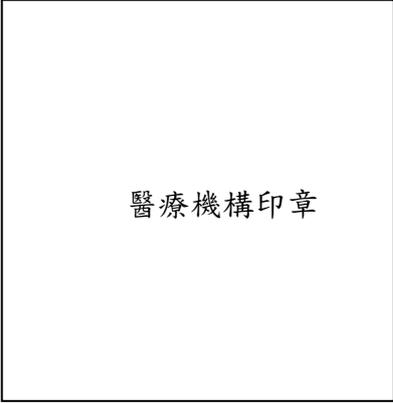


衛生福利部國民健康署

「115 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)

※表格不足請自行增列