附件七 抗生素管理計畫輔導醫院獎補助案申請書

**衛生福利部疾病管制署**

**抗生素管理計畫輔導醫院獎補助案申請書**

請蓋關防

負責人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計畫年度 | ： | 103年度 | | | | | |
| 醫事機構名稱(請書寫全銜) | ： |  | | | | | |
| 醫事機構代碼 | ： |  | | | | | |
| 醫事機構地址 | ： |  | | | | | |
| 負責醫師簽章 | ： |  | | | | | |
| 計畫聯絡人簽章 | ： |  | | | | | |
| 聯絡電話(一) | ： |  | | | | | |
| 聯絡電話(二) | ： |  | | | | | |
| 傳真 | ： |  | | | | | |
| 中華民國 |  | 102 | 年 |  | 月 |  | 日 |