**「長照機構加強型結核病防治計畫」醫療院所申請表**

附件

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  資  料 | 院所名稱 | |  | 醫事機構代碼 | |  |
| 聯絡人姓名 | |  | 聯絡人電話 | |  |
| 聯絡人mail | |  | | | |
| 照  護  團  隊 | 姓名 | | 職稱(醫師專科) | 工作內容 | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
| 照護機構 | 機構名稱 | |  | 機構  章戳 | 本機構同意配合辦理本計畫及都治計畫規定相關事項 | |
| 機構代碼 | |  |
| 機構類別 | |  |
| 機構人數 | |  |
| 保  險  醫  事  服  務  機  構 | 自我  檢核 | □為LTBI指定醫療院所  □已檢附照護醫師完成LTBI訓練課程證明  □已至TB系統完成照護申請  □已完成LTBI檢驗採血管及試劑等採購備置 | | 院所  章戳 |  | |
| 申請日期： 年 月 日 | | | | | |