**「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 |