

金門縣獎勵西醫診所至金沙鎮開業營運補助申請書

基本資料

- 一、機構名稱：_____
- 機構地點：_____ 縣市 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____ 號
- 二、申請人：_____
- 聯絡地址：_____
- 電話：_____，傳真：_____
- E-Mail：_____
- 三、負責人：_____，身分證字號：_____，電話：_____
- _____
- 畢業學校：_____，畢業年月：_____年_____月
- 執業科別：_____
- 證書字號：_____字_____號，領證年月：_____年_____月
- 專科證書字號：_____專醫_____字_____號，領證年月：_____年_____月
- _____月
- 經 歷：
- | 起訖年月 | 開執業縣市 | 機構名稱 |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

四、人員配置：

醫師	藥師	護理師	其他	合計

五、設置科別/服務項目：

六、門診或服務時間：

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
夜間							