**附件一**

 **金門縣政府居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請單位全銜 |  |
| 單位地址 |  |
| 負責人職稱 |  | 連絡電話 | 市話: 分機 |
| 聯絡人職稱 |  | 連絡電話 | 行動電話: |
| 電子信箱(負責人) |  |
| 電子信箱(個管師) |  |
| 電子信箱(聯絡人) |  |
| 申請日期 |  年 月 日  |
| 申請單位服 務人力資源 | 1.□醫師 人(□單位人力 人□報備支援人力 人) 2.□護理人員 人(□單位人力 人□報備支援人力 人) |
| 合作居家護理所機構名稱 | 護理人員 人 |

 申請單位 用印:

 附件二

 **居家失能個案家庭醫師照護服務人員清冊**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 人員類別(勾選) | 身分證號碼 |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |
|  | □醫師 □護理人員 |  |

(表格若不足請自行增列)