

全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫申請書

本院所申請參加全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫(參與醫師名單詳醫事人員資料表)，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範。

本院所新增醫師(名單詳醫事人員資料表)參加全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範。

此致

衛生福利部中央健康保險署

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

醫事機構 (特約) 章戳

<p>(醫療院所印章)</p>	<p>(負責醫師印章)</p>
-----------------	-----------------

中華民國 年 月 日

Pre_ESRD 計畫相關醫事人員資料表

院所名稱

院所代號

註：取得相關認證，請打「V」

職稱	姓名	身分證字號	腎臟專科 證書	台灣腎臟 醫學會結 業證明	專任	支援

備註：請依下列檢附認證書面資料影本：

醫師：腎臟專科證書影本。

護理人員、營養師：台灣腎臟醫學會結業證明及衛生局執業登記影本。