**附件1**

**職業災害勞工職能復健專業機構認可申請書**

|  |
| --- |
| 醫療機構名稱： |
| 醫療機構地址： |
| 開業執照字號： 代表人/負責醫師： |
| 聯絡人： 職稱： 聯絡電話： |
| 是否為全民健康保險特約醫事服務機構：□是 □否 |
| 是否開設職業醫學科門診，每週至少1診次：□是 □否 |
| 是否向2個以上機關申請本辦法第19條附表所列服務項目之經費：  □否  □是 機關名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 金額：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 茲檢附下列文件1式18份，並依序裝訂成冊：  □醫療機構開業執照影本。  □全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。  □開設職業醫學科門診證明。  □專業人員名冊（含師級證書及執業執照影本）。  □專業人員資歷證明文件影本。  □空間場地規劃圖（含平面圖及空間使用規劃）。  □評估工具及設備設置證明。  □服務計畫書。  □其他。  醫療機構全銜： (請加蓋印信)  代表人/負責醫師： （簽章）  填表日期： 　 年　　 月　 日 |