**113年 新竹縣 醫療院所提供ICOPE**

112.12.27 新竹縣政府衛生局 製版

**預防及延緩失能之長者功能評估服務 申請書**

|  |
| --- |
| **基本資料** |
| **醫療院所名稱** |  | **醫事機構代號** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **地 址** |  | **電 話** |  |
| **負 責 人****(代表人)** |  簽章 | **預計服務****個 案 數** |  人(依據單位量能自行填寫供衛生局參考) |
| **聯絡人** |  | E-mail |  |
| **申 請 條 件 及 項 目** |
| 1. **機構單位屬性**
 | □醫 院： □醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □其他： □診 所： □內科 □復健科 □家醫科 □眼科 □耳鼻喉科 □其他專科： □藥 局： □社區藥局 □診所藥局 □其他類型 □治療所：□職能治療所 □物理治療所 □物理治療所□驗光所□聽力所□衛生所□其他有醫事人員配置之機構：  |
| 1. **機構可提供服務人力清冊(請填人數)**
 | 總數 | 醫師 | 藥師 | 護理師 | 營養師 | 驗光師 | 聽力師 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 物理治療師 | 職能治療師 | 社工師 | 醫檢師 | 放射師 | 行政 |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **服務費回饋至服務人員之機制及回饋內容:**
 | 機制：□獎勵金 □獎勵禮券 □敘獎 □休假 □其他: 內容： |

**填寫日期：**

**醫事服務機構印信及負責人簽章：**