

**113 年 新竹縣 醫療院所提供 ICOPE
預防及延緩失能之長者功能評估服務 申請書**

112.12.27 新竹縣政府衛生局 製版

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：_____													
2. 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							
3. 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：