

114-115 年度牙醫診所醫療品質認證優化及試辦推廣計畫 認證申請書

填表日期 _____年____月____日

醫療機構名稱		醫療機構代碼	
機構地址	□□□		
負責醫師	(請檢附負責醫師執業執照影本)		
診療科別	(請依醫療機構開業執照內容填寫)		
登記牙醫師人數			
專(兼)任牙醫師人數	專任 _____人；兼任 _____人		
牙醫專科醫師人數	口腔顎面外科 _____人；口腔病理科 _____人；齒顎矯正科 _____人 牙周病科 _____人；兒童牙科 _____人；牙髓病科 _____人 鑲復補綴牙科 _____人；牙體復形科 _____人；家庭牙醫科 _____人 特殊需求者口腔醫學科 _____人；植牙科 _____人		
其他醫事人員人數	護理師 _____人；護士 _____人； 藥師 _____人；藥劑生 _____人； 醫事放射師 _____人；醫事放射士 _____人； 牙體技術師 _____人；牙體技術生 _____人； 齒模製造技術員 _____人		
非醫事人員人數	(職稱/人數)		
機構設施	門診手術室 _____間；診療室 _____間；觀察病床 _____床 牙科治療檯 _____檯； 放射線設施(X光室)：○有 ○無；牙體技術設施(室)：○有 ○無 兒童遊樂區設施：○有，項目：_____ ○無； 有無備查：○有 ○無		
無障礙設施	無障礙通路：○是 ○否；無障礙廁所：○是 ○否； 不同障別溝通服務：○是 ○否；無障礙服務簡易圖示：○是 ○否 申請衛生福利部「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」： ○是，通過方案(甲/乙/丙)：_____ 方案，○未申請		

	申請衛生福利部「醫療機構設置友善就醫環境獎勵計畫」： ○是，申請方案（甲/乙/丙）：_____ 方案，○未申請			
負責醫師 親自看診情形	○排有診次且看診 ○排有診次不看診 ○不排診次也不看診（輔導依法執業）			
工作同仁 疫苗接種率	工作同仁（含醫事及非醫事人員）6個月內疫苗接種率：			
	人員總數 (A)	6個月內曾接種新冠肺炎、 流感、B型肝炎疫苗人數 (B)	比率(%) (B)/(A)	
申請資格	機構於所在地衛生局合法開業登記達6個月（含）以上，並符合衛生福利部公告之「醫療機構設置標準」。（截至填表日止）		○是 ○否	
	機構提供牙醫醫療服務達6個月（含）以上（截至填表日止）		○是 ○否	
	機構過去2年內曾因下列情事受衛生主管機關裁罰之紀錄： 1.聘僱或容留未具醫事人員資格者執行醫療業務。 2.違反醫師法第28條之4第1款或第2款之規定。 第1款執行中央主管機關規定不得執行之醫療行為。 第2款使用中央主管機關規定禁止使用之藥物。 3.違反醫療法第103條第2項第1款之規定。 第1款（醫療廣告）內容虛偽、誇張、歪曲事實或有傷風化。		○是 ○否	
其他	機構最近一年度衛生局基層醫療機構督導考核通過。（截至填表日止）		○有 _____ 年 ○無	
	機構最近一年度「牙醫門診加強感染管制實施方案」查核通過。（截至填表日止）		○有 _____ 年 ○實訪 ○書審 ○無	
機構聯絡人	姓名		職稱	
	聯絡電話		電子信箱	
	聯絡手機		備註	

申請機構確認以上資料，均屬真實。

申請機構
負責醫師簽章

:

申請機構
印章

: