

衛生福利部公費醫師轉院（科）審查表 （醫療院所）

申請人 姓名		服務單位 (科別)	
<input type="checkbox"/> 原服務醫院意見 <input type="checkbox"/> 擬轉入醫院意見			
_____科醫療服務量能簡述： 1. 該科醫師執業人數：_____人 2. 每月門診量：_____人次 3. 每月平均住院人日數：_____		4. 其他：_____ _____ _____	
		(請蓋關防) 中華民國 年 月 日	
審 查 意 見			