

辦理/變更物質使用障礙症治療及生活重建業務 申請表 (範本)

申請日期： 年 月 日

申請項目		<input type="checkbox"/> 首次申請	<input type="checkbox"/> 展延指定效期
		<input type="checkbox"/> 變更指定業務	<input type="checkbox"/> 退出再申請
機構 基本 資料	機構名稱 (請載明全銜)		
	醫事機構代碼 / 立案字號		
	精神照護機構類型	<input type="checkbox"/> 醫療機構 (<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所)	
		<input type="checkbox"/> 心理治療所	
		<input type="checkbox"/> 心理諮詢所	
		<input type="checkbox"/> 職能治療所	
		<input type="checkbox"/> 社會工作師事務所	
<input type="checkbox"/> 護理機構			
<input type="checkbox"/> 精神復健機構			
機構電話			
機構地址			
聯絡人	姓名	職稱	電話
申請 / 變 更 指 定 業 務 資 料	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 變更指定 業務項目 (變更申請者, 請填寫 變更後指定業務項 目) (可複選)	<input type="checkbox"/> 藥癮治療	<input type="checkbox"/> 酒癮治療
		<input type="checkbox"/> 藥物治療 <small>(註1)</small>	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <small>(註1)</small>
		<input type="checkbox"/> 維持治療 <small>(註1)</small>	<input type="checkbox"/> 心理治療
		<input type="checkbox"/> 美沙冬 <small>(註2)</small>	<input type="checkbox"/> 家族治療
		<input type="checkbox"/> 丁基原啡因	<input type="checkbox"/> 職能治療
		<input type="checkbox"/> 心理治療	<input type="checkbox"/> 個案管理
		<input type="checkbox"/> 家族治療	<input type="checkbox"/> 生活重建 : _____
<input type="checkbox"/> 職能治療			
<input type="checkbox"/> 個案管理			
<input type="checkbox"/> 生活重建 : _____			
指定業務之人員 配置 <small>(註3)</small>	<input type="checkbox"/> 醫 師 _____ 名 (含精神科專科醫師 _____ 名) <small>(註4)</small>		
	<input type="checkbox"/> 藥 師 _____ 名		
	<input type="checkbox"/> 藥 劑 生 _____ 名		
	<input type="checkbox"/> 護 理 人 員 _____ 名		
	<input type="checkbox"/> 臨 床 心 理 師 _____ 名		
	<input type="checkbox"/> 諮 商 心 理 師 _____ 名		
	<input type="checkbox"/> 職 能 治 療 人 員 _____ 名		
	<input type="checkbox"/> 社 會 工 作 人 員 _____ 名		
註	1. 提供藥物或鴉片類維持治療之機構，應置醫師、藥師及護理人員至少各一名，醫師應具管制藥品使用執照，藥師得以特約方式配置或採固定合作藥局藥師方式為之 (美沙冬維持治療僅得採特約方式)，並均應依藥事法及藥師法等相關規定辦理。		

	<ol style="list-style-type: none"> 2. 辦理/變更跨區給藥，依本部訂定之「美沙冬跨區給藥服務作業規範」，向本部申請／變更。 3. 依申請指定業務項目，置有該項業務相應之醫事人員或社會工作人員，且應檢附前一年度（申請日前一年內）8小時成癮治療人員繼續教育訓練時數證明。 4. 未置精神科專科醫師者，應與置有精神科專科醫師之指定機構(衛生所除外)建立合作關係，併附證明文件（機構合作意向書，內容包括合作機構、合作事項、聯絡窗口、合作機制等）。
應附佐證文件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 機構開業執照；屬醫療機構者，應具管制藥品登記證。 2. 置有醫事人員或社會工作人員之名單，其人員之執業執照及繼續教育訓練證明文件；醫師應具管制藥品使用執照。 3. 屬醫院者，經最近一次評鑑合格之證明文件。 4. 屬未置專科醫師之機構，應備有與依本辦法指定之精神醫療機構之合作計畫。 5. 其他經中央主管機關指定之文件、資料。