

制訂單位	文件名稱	表單編號	版次
HCA	醫事人員(醫師)備用卡申請表	HC-OM-04-016-00	V 1.1

流水號：

醫事人員(醫師)備用卡申請表 (請詳閱備註:需費用)
(憑證 IC 卡相關問題歡迎至網站 <http://hca.nat.gov.tw> 查詢)

醫 事 機 構 資 訊			
機構代碼			
機構名稱			
郵遞區號	機構地址		
機構電話	負責人姓名		
電子郵件信箱			
申 請 人			
姓名		電子郵件信箱	
單位		職稱	
電話(0)		行動電話	
聯 絡 人 (郵件收件人) <input type="checkbox"/> 同申請人			
姓名		電子郵件信箱	
單位		職稱	
電話(0)		行動電話	
機構醫師人數	人	申請張數	
共申請備用卡____張(每張新台幣 275 元)， 備用卡證照費用共_____元，檢附受款人為 「行政院衛生署」之郵政匯票(或即期支票)一張。		請於此處加蓋機構關防	
此致 行政院衛生署醫事憑證管理中心		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 加蓋機構關防 必 填 </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 申請人簽名 必 填 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 申請人蓋章 必 填 </div>		
卡片寄送將由「連絡人」為收件者		填表日期： 年 月 日	

備註：(服務電話:0800364422)

- 機構歇業時需將已申請之備用卡繳回行政院衛生署醫事憑證管理中心或銷毀。
- 卡片管理辦法由申請機構自行訂定並頒訂實施，申請機構需善盡保管與管理之責。
- 本表填妥後請連同匯票(或支票)以掛號寄至行政院衛生署「醫事憑證管理中心」
地址：(220 新北市板橋區遠東路 1 號 4 樓 G 室)。