

申請評鑑聲明書

本院擬申請參加貴部會同教育部辦理○○年醫院評鑑及教學醫院評鑑；本院同意以下述方式進行評鑑，請 鑒核。

此致

衛生福利部

本院（請就下列擇一勾選，不得複選）：

- 申請醫學中心評鑑，適用「100床以上醫院可免評條文及評量項目」，附表一
所列之13條評鑑基準以「醫學中心評鑑」評分、可免評條文僅限22條（如
附表二），且採「【申請醫學中心評鑑者適用】」之醫院評鑑合格基準及教學醫
院評鑑合格基準。
- 申請區域醫院評鑑，適用「100床以上醫院可免評條文及評量項目」，附表一
所列之13條評鑑基準以「區域醫院評鑑」評分、可免評條文僅限36條（如
附表三）。
- 申請地區醫院評鑑，選擇適用「100床以上醫院可免評條文及評量項目」，附
表一
所列之13條評鑑基準以「地區醫院評鑑」評分。
- 申請地區醫院評鑑，選擇適用「99床以下醫院可免評條文及評量項目」。
- 僅申請教學醫院評鑑或教學醫院新增職類評鑑，毋須考量醫院評鑑（醫學中
心、區域醫院及地區醫院）之評量及評定相關規範。

本院本次評鑑範圍（含本院與分院（或不相毗鄰院區）合併評鑑）均已列
述於醫院評鑑及教學醫院評鑑申請書中，如因資料列述未詳盡，而發生全民健
康保險醫療費用支付範圍之爭議情事，願由本院自行負責。

備註：申請評鑑醫院均須填寫本聲明書，至有關全民健康保險醫療費用支付標
準適用表別，另依全民健康保險相關規定辦理。

申請醫院名稱（全銜）：

申請醫院英文名稱（全銜）：

醫療機構代碼（10碼）：

負責醫師簽章：

（請蓋關防及負責醫師章）

聯絡人（職稱）：

地 址：

電 話：

傳 真：

註：本聲明書請至衛生福利部醫事機構評鑑管理系統填寫，並下載後用印。

中 華 民 國 年 月 日