

## 105 年度精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申報資料檢核表

機構代碼：

醫院名稱：

縣市別：

檢附電子檔案（光碟片）2份，且內含以下資料電子檔案：		
檢 附 文 件	申請精神科醫院評鑑	<input type="checkbox"/> 精神科醫院評鑑補充資料表-第一篇、第二篇(Excel)
		<input type="checkbox"/> 精神科醫院評鑑補充資料表第 1 篇附件(PDF) <input type="checkbox"/> 最近一次「消防設備」檢查報告及公文影本 <input type="checkbox"/> 最近一次「勞動檢查」檢查報告及公文影本 <input type="checkbox"/> 最近一次「建築物之一般設施」檢查報告及公文影本
		<input type="checkbox"/> 精神科醫院評鑑自評表第一篇、第二篇(PDF)
		<input type="checkbox"/> 精神科醫院評鑑可免評條文確認表(PDF) ○總病床 99 床以下醫院適用 ○總病床 100 床以上醫院適用
	申請精神科教學醫院 評鑑(含新增職類)	<input type="checkbox"/> 精神科教學醫院評鑑補充資料表(Excel)
		<input type="checkbox"/> 精神科教學醫院評鑑自評表(PDF)
	其他	<input type="checkbox"/> 精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑基本資料表(Excel)
		<input type="checkbox"/> 樓層配置說明(PDF)

註：評鑑申報資料請備妥電子檔光碟片 2 份，毋需另行郵寄紙本，並同時檢附本檢核表(紙本)，由專人送達或掛號郵寄（免備文，以郵戳為憑）至本會（地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓；電話：02-8964-3000 分機 3074、3075）