

精神復健機構評鑑申請書 編號：_____

本機構申請參加貴部辦理之○○年度精神復健機構評鑑，並願意主動提供評鑑所需資料及配合各項評鑑作業；有關本機構開業登記事項查證回復單，另案送請○○縣（市）政府衛生局查證，敬請 鑒核。

此 致

衛生福利部

申請機構名稱（全銜）：

申請機構代碼（10 碼）：

申請評鑑類別： 日間型機構 住宿型機構
 日間型機構評鑑合格
 住宿型機構評鑑合格
最近一次評鑑結果： ○○○年度 日間型機構評鑑不合格
 住宿型機構評鑑不合格
 複評後合格
 新申請機構

負責人簽章：（請蓋關防及負責人章）

聯絡人（職稱）：

地 址：

電 話：

傳 真：

中 華 民 國 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日