申請評鑑聲明書

本院擬申請參加貴部會同教育部辦理○○年兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑，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）：

○申請兒童醫學中心及兒童教學醫院（醫學中心）評鑑，適用「兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑基準及評量項目（兒童醫學中心適用）」。

○申請兒童區域醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑，適用「醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）」及「兒童教學醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）」。

○申請兒童地區醫院評鑑，適用「醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）」，若同時申請兒童教學醫院評鑑，適用「教學醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）」。

○兒童地區醫院僅申請兒童教學醫院評鑑，適用「教學醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）」。

本院本次評鑑範圍均已列述於兒童醫院評鑑及兒童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　：

中　華　民　國　　年　　月　　日