

牙醫醫院評鑑及牙醫教學醫院評鑑申請書

本院同意申請參加貴部會同教育部辦理之 112 年牙醫醫院評鑑及牙醫教學醫院評鑑，了解評鑑申請注意事項並願意主動提供評鑑所需資料及配合各項評鑑作業；有關本院開業登記事項查證回復單已另案送請○○縣（市）/政府衛生局查證，請 鑒核。

此致

衛生福利部

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）：

一、申請評鑑類別：

1. 牙醫醫院評鑑（地區醫院）

2. 牙醫教學醫院評鑑：

醫師類牙醫教學醫院

醫師：（專任牙科主治醫師數：_____位）

新進牙醫師

牙醫住院醫師

實習牙醫學生、新進牙醫師

新進牙醫師、牙醫住院醫師

實習牙醫學生、新進牙醫師、牙醫住院醫師

醫師及醫事人員類牙醫教學醫院

醫師：（專任牙科主治醫師數：_____位）

新進牙醫師

牙醫住院醫師

實習牙醫學生、新進牙醫師

新進牙醫師、牙醫住院醫師

實習牙醫學生、新進牙醫師、牙醫住院醫師

其他醫事人員： 牙體技術： 實習學生及新進醫事人員 新進醫事人員

（可自行選擇是否受評實習學生，惟欲收訓實習學生應同時受評實習學生及新進醫事人員）

3. 牙醫教學醫院新增職類評鑑：

醫師： 新進牙醫師

牙醫住院醫師

實習牙醫學生、新進牙醫師

新進牙醫師、牙醫住院醫師

實習牙醫學生、新進牙醫師、牙醫住院醫師

其他醫事人員：

牙體技術： 實習學生及新進醫事人員 新進醫事人員

二、本院評鑑地址一覽表（同一醫療機構代碼）：

地址	病床資料		醫療服務範圍 ^{註2}
	一般病床數	特殊病床數 ^{註1}	

註：

- 1.特殊病床：依據醫療機構設置標準第 15 條所列，特殊病床包括加護病床、手術恢復床、急診觀察床、隔離病床、安寧病床、...等。
- 2.醫療服務範圍：門（急）診、病房（急性一般病床）、亞急性呼吸照護病房（RCC）、慢性呼吸照護病房（RCW）、安寧病房、隔離病房、慢性一般病房、西醫醫療服務（門診、急診）、精神急性一般病房、精神慢性一般病房、加護病房...等。

三、最近一次評鑑結果

1. 牙醫醫院評鑑： 新申請醫院
牙醫醫院評鑑年度： ；牙醫醫院評鑑結果：
2. 牙醫教學醫院評鑑： 非教學
牙醫教學醫院評鑑年度： ；牙醫教學醫院評鑑結果：

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：

1. 本申請書完成填寫後用印（關防、負責醫師章及騎縫章），逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓）。
2. 申請醫院請檢附醫療機構開業執照影本。
3. 評鑑申請注意事項詳見下頁。

中 華 民 國 年 月 日

評鑑申請注意事項

- 一、申請評鑑醫院應依「牙醫醫院評鑑及牙醫教學醫院評鑑作業程序」規定，於期限內檢附相關文件資料，並配合辦理相關作業。
 - 二、實地評鑑期間，申請評鑑醫院應提供主辦機關所安排之評鑑委員為評鑑條文評量所需之相關參考資料。
 - 三、主辦機關或協辦單位提供申請評鑑相關表單。
 - 四、主辦機關或協辦單位不定時於網站上，提供申請評鑑醫院有關評鑑之最新資訊及活動。
 - 五、主辦機關或協辦單位於評鑑基準及評量項目核定後將其內容公告於網站上，以利申請評鑑醫院參考及準備。
 - 六、主辦機關或協辦單位於作業程序公告後，辦理評鑑說明會，內容包括評鑑申請說明、評鑑基準內容、評量重點及準備方向，以利申請評鑑醫院參考及準備。
 - 七、主辦機關或協辦單位以正式函文通知申請評鑑醫院實地評鑑時間之週別，以利醫院準備。
 - 八、主辦機關或協辦單位提供電話諮詢服務及公用信箱服務，以利回復申請評鑑醫院對評鑑相關作業及內容之疑義。
 - 九、主辦機關或協辦單位所提供申請評鑑醫院之「評鑑委員評核量表」，由申請評鑑醫院角度評量評鑑委員於實地評鑑過程中之表現，所填答之內容僅供研究及參考使用。
 - 十、年度評鑑結果公告後，通過評鑑者，由主辦機關或協辦單位寄發評鑑合格證書。
 - 十一、年度評鑑結果公告後，由主辦機關或協辦單位將評鑑委員之建議彙整成意見表，回饋予申請評鑑醫院參考。
 - 十二、主辦機關得將申請評鑑醫院之評鑑結果及各醫院之評鑑相關資訊公告於網站，供民眾參考。
 - 十三、主辦機關得使用申請評鑑醫院所提供之所有評鑑資料，以利政府機關及委託計畫相關機構進行統計分析，作為政策擬定之參考用途。
- 備註：申請評鑑醫院不得將評鑑結果（含評鑑合格證書、圖樣及標誌等），作下列不當使用：
- （一）易使民眾誤解或誇大不實之相關聲明。
 - （二）針對已被暫停或停止的評鑑或認證範圍進行廣告或行銷。

申請評鑑聲明書

本院擬申請參加貴部會同教育部辦理112年牙醫醫院評鑑及牙醫教學醫院評鑑；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（依申請意願勾選）：

牙醫醫院評鑑：

申請牙醫醫院評鑑（地區醫院），適用「牙醫醫院評鑑基準及評量項目」。

本院本次評鑑範圍均已列述於牙醫醫院評鑑及牙醫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

<input type="checkbox"/> 核子醫學科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科	<input type="checkbox"/> 核子醫學科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科
<input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他

◎回復意見（衛生局填寫）

- 一、綜合上述資料該院：符合醫療機構設置標準 不符合醫療機構設置標準
- 二、該院於本局所登記之資料，業已輸入「醫事機構管理系統」中。
- （註：務請完成輸入，以免影響該院之評鑑成績。）

縣（市）衛生局

查證人員：
簽章

業務主管：
簽章

備註：本回復單僅為範本，煩請貴局於 112 年 10 月 20 日前完成查證後，逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓）彙辦，以符合醫院申請評鑑時效。

