

衛星藥局徵選申請表

基本資料

機構名稱		機構代碼	
機構地址	郵遞區號(5碼): 地址:		
藥局負責人			
聯絡人	姓名:	電話:	
	職稱:	E-mail:	
申請資格	<input type="checkbox"/> A. 執行過食品藥物管理署或中央健康保險署藥事照護之藥局及食品藥物管理署「社區藥局評估考核計畫」所評選合格之藥局。 <input type="checkbox"/> B. 執行過食品藥物管理署或中央健康保險署藥事照護之藥局或食品藥物管理署「社區藥局評估考核計畫」所評選合格之藥局，其中符合任一項資格。 <input type="checkbox"/> C. 藥師公會全聯會推薦之藥局。		
檢附資料	1. 申請書 (1份) 2. 相關符合申請資格之佐證資料。 *上述文件請附申請書正本乙份，影本九份，共計 10 份，連同相關佐證資料裝訂成冊。		
藥局負責人	(簽章)	申請機構印鑑	
聯絡人	(簽章)		
填表日期	年 月 日		