**醫療機構互助諮詢申請表**

**【工務、醫工及總務類】**

* 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **機構名稱：** | | | |
| **機構層級：** **□醫學中心**  **□區域醫院 □地區醫院**  **□地區專科醫院 □基層醫療院所** | | | |
| **填表人：** | **單位：** | **職稱：** |
| **連絡電話： 分機：** | | **聯絡傳真：** | |
| **E-mail：** | | | |
| **聯絡地址：** | | | |
| **諮詢項目及需求** | | | |
| * **諮詢需求方式：** □ 實體諮詢 □ 遠程諮詢 | | | |
| * **諮詢需求類別：** □ 工務類 □ 醫工類 □ 總務類 | | | |
| * **諮詢時段：** □ 半天 □ 整天 | | | |
| * **是否有指定專家：**（\*醫院指定之專家應符合本管理辦法所訂專家資格條件，本會將優先邀請之，惟本會保留專家派員異動之權利。）   + 是，專家姓名/職稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 服務機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   + 否（由秘書處就近安排專家） | | | |
| * 所遇困難及內容：（\*如多項問題，請先列點後依序詳述之） | | | |

* 備註：

1. 此服務由本會支應專家交通費用，由醫院工務暨醫工發展促進會盈餘支應諮詢費用，每一年度共計提供10人次全天性免費諮詢(如為兩個半天諮詢，合算一天)。
2. 諮詢機構以每年度優先登記順序安排，其中以本會會員機構(含附屬機構)且為設置200床以下醫療機構為優先諮詢，由秘書處統籌聯繫安排之。