**會員醫療機構互助諮詢問卷表**

**【資訊類】**

* 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** | | | |
| **機構床數：** | | | |
| **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：**□現場輔導 □遠程諮詢 | | | |
| * **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規範所訂專家資格條件，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：(如有多項問題，請先列點後依序詳述之) | | | |

* 備註：

1. 此項輔導由本會支應專家交通費用，由醫院資訊暨智慧醫療發展促進會盈餘支應諮詢輔導費用，每一年度共計提供10人次全天性免費輔導 (如為兩個半天輔導，合算一天)。
2. 輔導醫療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輔導，由秘書處統籌聯繫安排之。