有意願執行全民健康保險「居家醫療照護整合計畫」回覆單

☆診所名稱： ☆聯絡電話：

☆聯 絡 人：

☆負責醫師簽名或蓋章：

註:1.請於106年4月25日前填妥後傳真本會07-2156816。

2.傳真後請務必再以電話07-2212588確認。