

嘉義市政府衛生局救護車單次跨區申請單

機構名稱：_____ 申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

出勤日期		出勤時間	
出勤地點		出勤地址	
出勤機構聯絡人	聯絡方式		傳真號碼
救護對象	姓名	性別	國籍
	身分證字號或護照號碼		
	聯絡方式	聯絡人	
	救護對象住址		
跨區支援資料 (請詳細描述)			
出勤車輛	車牌號碼：	核准字號：	
	車牌號碼：	核准字號：	
出勤人員	1. 姓名：_____ 身分證字號：_____ 資格：_____		
	2. 姓名：_____ 身分證字號：_____ 資格：_____		
	3. 姓名：_____ 身分證字號：_____ 資格：_____		
	4. 姓名：_____ 身分證字號：_____ 資格：_____		
機構填表人簽章： 機構負責人簽章：	公司核章處		
機構所在地衛生局審核欄	承辦人核章	主管核章	
	審查結果	<input type="checkbox"/> 同意出勤 <input type="checkbox"/> 不同意出勤，原因_____	
本市衛生局審核欄	承辦人核章	主管核章	
	審查結果	<input type="checkbox"/> 同意出勤 <input type="checkbox"/> 不同意出勤，原因_____	

備註：

1. 請確實依照緊急醫療救護法、救護車及救護車營業機構設置設立許可管理辦法及跨區縣(市)收費標準規定辦理。
2. 本表格適用於單次救護勤務(支援活動救護、接送需維生設備患者就醫)，如為長期支援請依照法規之跨區營運辦法辦理。
3. 請依照表格內容填寫且於**跨區營運前提出申請**核准始得出勤，並於救護事實完成後，3日內將當次救護紀錄表等相關資料，以傳真至05-2338191或電子郵件等方式回傳本局醫政科(317@mail.cichb.gov.tw)備查，逾期未回傳或資料不全視同未完成報備(回傳後請以電話確認已收到資料)，承辦人楊小姐，電話：05-2338066#317。