**桃園市政府居家失能個案家庭醫師照護服務特約申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位全銜 |  | | |
| 單位地址 |  | | |
| 負責人/職稱 |  | 連絡電話 | 市話 分機 |
| 行動電話 |
| 聯絡人/職稱 |  | 連絡電話 | 市話 分機 |
| 行動電話 |
| 電子信箱 |  | 傳真電話 |  |
| 申請日期 | 年 月 日 | | |
| 申請單位服務人力資源 | 1.□醫師 人 2.□護理人員 人 | | |

申請單位用印: