**106度「住院友善照護醫院」輔導暨認證計畫申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 醫院名稱 |  | | |
| 醫院地址 |  | | |
| 醫院負責人 |  | | |
| 聯絡人 | |  | 單位: |
| 職稱： |
| 電話： |
| 傳真： |
| E-mail： |
| 是否需要免費輔導及諮詢 | | | □是、□否 |
| 醫院申請動機或目的 (請以五百字內說明，包括推動意願、照顧服務員管理想法與策略、在地民眾特殊需求等) | | | |
| 機　構　名　稱：  負　　責　　人：　　　　　　　　　　（簽章）  機　構　名　稱：　　　　　　　　　　（簽章）  日　　　　　期：＿＿年＿＿月＿＿日 | | | |