

牙周病統合治療方案
加入方案申請書(以醫師為單位)

一、申請醫師：_____身分證字號：_____

二、分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

三、執業登記院所名稱：_____醫事機構代號：_____

四、聯絡人：_____電話：_____傳真：_____

地址：_____

五、申請資格：

- 1.台灣牙周病醫學會專科醫師 2.台灣牙周病醫學會一般會員、
3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師 4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、
5.一般醫師

六、檢附教育訓練證明

註：專科醫師或專科學會會員需檢附教育訓練證明 1 學分（行政課程 1 學分）
一般醫師需檢附教育訓練證明 4 學分（行政課程 1 學分、專業課程 3 學分）

牙醫師簽章

備註：

1. 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+教育訓練證明至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將由健保署於隔月發核定函予院所。
2. 查詢繼續教育積分，請登入衛生福利部公共衛生資訊入口網站（<https://this-portal.mohw.gov.tw/index.do>）查詢及列印，查詢路徑：查詢/上課紀錄。