

附件一

「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」申請書

【本方案由菸品健康福利捐補助】

本醫事機構自 年 月 日起申請參加國民健康署「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」，並同意依本方案相關規定，並落實執行乙型鏈球菌篩檢，以維本計畫服務之品質。

此 致

國民健康署

院所名稱：

院所層級： 醫院 診所 助產所

健保特約醫事機構代碼：

健保區別：

負責人：

計畫聯絡人： (聯絡電話：())

聯絡人電子信箱：

「孕婦乙型鏈球菌」檢體送檢單位：

本院附設醫學實驗室

外送代檢。檢驗醫事機構名稱(全銜、醫事機構代碼)：1. _____

有 無 收取差額 2. _____

醫事機構特約章戳

3. _____

(若不只一家請列明)

(負責人印章)

中 華 民 國 年 月 日

附件二 孕婦乙型鏈球菌(GBS)檢查及費用申報之作業流程

