

醫療院所名稱級別：

區域級以上

地區級申報

填表日期____年____月

基層

醫師	姓名	專科字號	專任	兼任	到職日期	復健治療空間(平方公尺)	
治療人員	姓名	身分證字號	專任	兼任	到職日期	專業執照字號	畢業證書字號
物理治療師							
物理治療生							
職能治療師							
職能治療生							
語言治療師							