



台灣醫療照護品質指標系列

Taiwan Healthcare Indicator Series

醫院、長照機構入會申請表

一、醫、護機構之基本資料

醫院 長照機構

基本資料	醫、護機構名稱：_____
	評鑑層級/機構類型：_____ 聯絡人：_____
	聯絡人所屬單位/職稱：_____ E-mail：_____
	聯絡電話：_____ 傳真電話：_____
	聯絡住址：□□□ _____
收據	抬頭：_____
	地址：□□□ _____

二、THIS 年費，依『全民健康保險給付層級別』及長照機構，其收費如下表：

健保給付標準	醫學中心	區域醫院 (含教學)	地區教學 醫院	地區醫院 (非教學) (101 床以上)	地區醫院 (非教學) (100 床以下)	長照機構
THIS 會員年費	60,000 元	36,000 元	24,000 元	12,000 元	9,000 元	9,000 元

註：本合約之年費計算方式，由加入之當年度該月至該年度十二月底，以此為有效期限。未滿一年者年費則以月切算，依有效期限之月份占該年度之比例折算年費。

三、繳費方式（臨櫃繳款/ATM 轉帳匯款）

戶名：社團法人台灣醫務管理學會

帳號：0989-940-009090（玉山銀行古亭分行）

四、填寫入會申請表須知

- （一）入會申請表上，請務必填妥每一個欄位且字跡工整，以避免資料建檔有誤。
- （二）入會申請表填寫完成後，請傳真至本學會(FAX：02-23649354)，並於傳真後致電確認是否成功(TEL：02-23693081)，以維護貴院之權利。

社團法人台灣醫務管理學會



電話：02-23693081 轉 15

傳真：02-23649354

聯絡人：王珮乙專員

匯款單黏貼處

【繳費後，請將匯款單收據黏貼於此處後，再行傳真報名，謝謝合作！】