**居家失能個案家庭醫師照護服務提供單位**

**照顧服務管理資訊系統管理人員申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 首次申請 更換系統管理人員 | | | |
| **一、申請單位** | | | |
| 單位名稱 |  | | |
| 所在縣(市) |  | 統一編號 |  |
| 醫事機構代碼 |  | 健保分區業務組別 |  |
| 單位地址 |  | | |
| 申請日期 | 年 月 日 | | |
| **二、系統管理人員基本資料** | | | |
| 姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 職 稱 |  | 傳真電話 |  |
| 連絡電話 |  | E-MAIL | (必填) |
| (預設)系統帳號名稱 |  | (預設)系統帳號密碼 | (含英數10碼) |
| 單位用印  (單位及負責人) |  | | |
| 申請人簽名 |  | | |

備註：

1.申請表相關個人資料將依**電腦處理個人資料保護法**保密，並於建檔完後保留三年。

2.**每一單位僅能申請一位系統管理人員**，單位內其他人員的使用權限，請系統管理人員自行設定。

3.**已申請帳號之機構，請使用既有帳號**，請勿重覆申請。

4.申請人員填寫完畢，請請簽名並由單位用印後，**交主管機關（縣市政府衛生局或長期照顧管理中心）建檔**。