

臺中市政府衛生局受理市府行政機關救護支援申請表

申請日期： 年 月 日 日

一、活動名稱：			
二、申請單位：	單位名稱： 地址： 負責人姓名： 電話：		
三、活動承辦人：	姓名： Mail：	電話： 手機：	
四、活動現場聯絡人：	姓名：	電話： 手機：	
五、救護支援起訖時間：	年 月 日 時 分起至 年 月 日 時 分止。		
六、救護支援需求數量： (請在需求處打勾並填寫數量)	☐ 支援醫師人數：____名。 ☐ 支援護理人員人數：____名。 ☐ 救護技術員____名。 ☐ 支援救護車數量：____輛。(每輛含1名救護技術員，人員費用另計)。 ☐ 需備傻瓜電擊器(AED)____台。		
七、支援救護人員及救護車報到時間及地點：	報到時間： 年 月 日 上午 時 分 報到地點：		
申請單位印章	*支援救護人員及救護車收費標準： 1.醫師每小時：1200元(未滿1小時者，以1小時計算)。 2.護理人員每小時：400元(未滿1小時者，以1小時計算)。 3.救護技術員每小時：300元(未滿1小時者，以1小時計算)。 4.救護車每輛每4小時：800元(未滿4小時者，以4小時計算)。		

***注意事項：**

- 一、申請單位請於活動預算內編列救護工作費，以支付支援救護人員及救護車費用。
- 二、申請單位請依實際需要切實填妥本表，並於活動「10個工作天」前向本局提出。
- 三、申請單位應在救護站設置處標示「救護站」旗幟或標示牌及備妥桌椅(夜間請增加照明設備)，以供醫療救護用。
- 四、傷患後送醫院醫療所需醫藥費用由申請單位負責。
- 五、申請單位請提供支援救護人員停車位及當日便當與茶水。
- 六、如主辦單位活動地點、時間有變更，請主動通知「支援單位」及「本局」。

***本申請表填寫完畢後，請回傳至本局醫事管理科 李先生**

聯絡電話：04-25265394 #3771

傳真電話：04-25278953

電子郵件：butastur@taichung.gov.tw

----- 以下為活動救護支援單位填寫欄 -----

請支援活動救護業務之單位於填完活動支援人員後回傳本局備查			
單位	職稱	姓名	手機號碼