113年

「推動鼓勵醫療服務提供者使用國產品」專案

提案計畫書

提案機構： （全銜）

計畫名稱： （請自行填寫）

**目錄**

頁碼

1. 綜合資料　　　　　　 （　　）
2. 摘要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　）
3. 專案目標　 　 （　　）
4. 實施方法及步驟 （　　）
5. 預定進度表 （　　）
6. 預期成果　　　 （　　）
7. 執行團隊及相關經驗　　　　　　　　　 （　　）
8. 附件　　　　　　　　　　 （　　）

共（　　）頁

**113年「推動鼓勵醫療服務提供者使用國產品」專案****計畫書**

1. **綜合資料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 機構基本資料 | | | | | | | |
| 申請機構 | |  | | | | | |
| 負責人姓名 | |  | | | | | |
| 統一編號 | |  | | | | | |
| 機構地址 | | ( ) | | | | | |
| 1. 專案基本資料 | | | | | | | |
| 計畫名稱： | | | | | | | |
| 專案主持人 | |  | 單位 |  | 職稱 | |  |
| 聯絡電話 | |  | | E-mail |  | | |
| 專案聯絡窗口 | |  | 單位 |  | 職稱 | |  |
| 聯絡電話 | |  | | E-mail |  | | |
| 三、協同機構基本資料 | | | | | | | |
| 機構名稱 | |  | | | | | |
| 聯絡窗口 | |  | | 聯絡電話 |  | | |
| ※本專案計畫書提供之各項資料，均與事實相符，並保證填報資料正確無誤，否則願負一切責任。（請加蓋機構及負責人印章） | | | | | | | |
| 機構印鑑： | |  | | --- | |  | | | | 負責人簽章： | | |  | | --- | |  | | |

1. **摘要**

*請摘述本計畫之目的、實施方法、預計成果目標及關鍵詞*

1. **專案目標**

*請敘述本專案產生之背景、重要性及目標，應避免空泛性之敘述*

1. **實施方法及步驟**

*請依據需求說明書之執行內容，說明實施方法及步驟，應包含導入之國產品介紹、如何融入臨床應用、教育訓練及相關報告公開發表的規劃*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品項名稱 | 許可證字號 | 導入數量 | 技術說明 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **預定進度****（以Gantt Chart表示各月份之執行進度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月次  工作項目 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（如篇幅不足，請自行複製）

1. **預期成果**
2. 量化指標

| 關鍵績效指標 | 量化指標 |
| --- | --- |
| 導入國產品項數 |  |
| 參與醫療服務提供者人數（含醫師數） |  |
| 參與醫師數 |  |
| 辦理國產品教育訓練場次 |  |
| 完成臨床使用相關報告並發表成果 |  |
| *其他自行增列項目* |  |

（如篇幅不足，請自行複製）

1. 請說明實施本計畫後，預期達成之質性成果

1. **執行團隊及相關經驗**
2. 團隊介紹與分工

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 任職單位 | 最高學歷 | 在本專案內擔任之具體工作性質、項目及範圍 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　(如篇幅不足，請自行複製）

1. 相關專案執行經驗（*含專業能力、相關專案承辦經驗與成果*）
2. **附件**

附件：1項醫療器材許可證佐證影本（必要）