附錄一

衛生福利部國民健康署「戒菸服務特約機構」及「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」申請表

*申請日期： 年 月 日

*申請類別：1.□戒菸服務特約機構 2.□戒菸輔助用藥契約調劑藥局 3.□異動服務人員

附錄一

醫事機構代碼		醫事機構名稱		負責人姓名		申請文件	□機構已用印之契約書或約定書一式三份(申請異動服務人員者免)
通訊地址及聯絡資訊	□□□□□□ 市縣 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓之					電話:( ) 傳真:( )	
聯絡人	姓名：	職稱： 電話： Email： (請填戒菸服務補助計畫契約書第14條或戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書第9條所定之專人聯絡資訊)					

服務人員類別	服務人員姓名	申請類別	出生日期	身分證字號	證書、證明類別(得以影本加註與正本相符)	是否在效期內(窗口填寫)
□醫師□牙醫師 □藥事人員 □其他人員(請註明：)		□新增 □解除	年 月 日		□專業人員證書□戒菸服務人員資格證明	□是 □否
□醫師□牙醫師 □藥事人員 □其他人員(請註明：)		□新增 □解除	年 月 日		□專業人員證書□戒菸服務人員資格證明	□是 □否
□醫師□牙醫師 □藥事人員 □其他人員(請註明：)		□新增 □解除	年 月 日		□專業人員證書□戒菸服務人員資格證明	□是 □否

聲明切結	本機構聲明本機構及所屬上述服務人員□未□曾有(請說明如下，包括改善情形)違反本計畫作業須知第一章第一節第一項及第三項所定不得申請之情事。（須擇一勾選）	機構用印： (醫事機構章)	(負責人印章)
說明	1.請檢視欄位填寫完整，若表格不敷使用時請自行影印。相關申請文件請至本署委託戒菸治療與管理網站下載 https://ttc.hpa.gov.tw/Web/Download.aspx)。 2.申請文件請以雙掛號郵件寄送103602臺北市大同區長安西路289號5樓「衛生福利部國民健康署戒菸治療與管理窗口」（聯絡電話02-2351-0120）。		

申請機構免填(戒菸治療與管理窗口填寫)

辦理人員：	收件日期：	審核結果：□通過，生效日期：______________ □不通過 ：______________