

## 高雄市口腔黏膜檢查服務申請表

1、 單位名稱：\_\_\_\_\_

2、 總聯絡人：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

3、 參與口腔黏膜檢查活動名單：

單位名稱	預估參與篩檢人數 (有菸/檳行為者)	可配合口腔癌篩 檢之月日	可配合口腔癌 篩檢之時間	地址	聯絡人姓名及手機
1.	人	月 日	<input type="checkbox"/> 上午 時 至 時 <input type="checkbox"/> 下午 時 至 時		
2.	人	月 日	<input type="checkbox"/> 上午 時 至 時 <input type="checkbox"/> 下午 時 至 時		

其他需求：

備註：

1. 篩檢對象：年滿30歲有嚼檳榔(含已戒檳)或吸菸之國人(且2年內未曾參與此篩檢)。
2. 本調查表填妥後，請於 mail 回傳至 [garydu38@kcg.gov.tw](mailto:garydu38@kcg.gov.tw)，或傳真：(07)722-5594。將盡快為您聯繫安排醫事機構服務。
3. 有任何篩檢安排事宜，請洽高雄市政府衛生局杜先生07-7134000#5109或廖小姐07-7134000#5107。
4. 因應 COVID-19疫情，本篩檢服務將隨疫情進行滾動式調整。