

衛生福利部國民健康署
「無菸醫院評核與網絡發展計畫評核結果複查申請表」

機 構 名 稱			
地 址			
醫 院 負 責 人			
聯絡人			電話：
			傳真：
			E-mail：
申請複查事由			
注意事項	<p>一.複查認證結果，請填寫本申請表，並附上原成績影本。</p> <p>二.複查申請方式為傳真或郵寄至健康署委辦機構。</p> <p>三.申請複查不得要求重新審查或實地訪視。</p> <p>四.複查應於成績公佈後 10 日內辦理，逾期恕不受理。</p> <p>五.複查結果將於收件日起一個月內寄出，遇有特殊原因不能如期查復時，得酌予延長並通知申請醫院。</p>		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <p>申請機構</p> <p>印鑑</p> </div>	機構名稱	：	
	負責人	：	(簽章)
	聯絡人	：	(簽章)