

衛生福利部國民健康署「戒菸輔助用藥契約調劑藥局」申請表

申請日期： 年 月 日

醫事機構代號		機構名稱		電話 (0 )		傳真機 (0 )	
負責人姓名		負責人身分證統一編號		E-mail:			
健保署所轄業務組		機構地址	市縣	鄉鎮市區	郵遞區號	村里街	段巷弄號樓
聯絡人		電話		E-mail			
說明	<p>一、本表僅供各健保特約醫事機構申請辦理「戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書」使用，表格不敷使用時請自行影印。</p> <p>二、填寫完畢請附上：1.負責人藥事證書影本、2.約定書(1式兩份)，寄至10341臺北市大同區長安西路289號5樓「衛生福利部國民健康署委託戒菸治療與管理窗口」收(聯絡電話(02)2351-0120)。</p>						
醫事機構名稱：	(機構圖記或印信)						戒菸治療與管理窗口填
負責人：	(私章)						
							受理日期：
							生效日期
							年 月 日