

112 年戒菸輔助用藥契約調劑藥局續約 繳交文件檢核表

藥局名稱：_____

藥局醫事機構代碼：_____

序號	繳交之文件	機構自我檢核 備齊請打勾
1	戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書 2 份 請使用 A4 白紙列印，勿使用連續報表紙。	必備
2	已於兩份約定書封面右上方填寫藥局醫事機構代碼	必備
3	已於兩份約定書第一頁填寫藥局名稱	必備
4	已於兩份約定書末頁確實填寫藥局名稱、藥局地址及藥局電話(日期請勿填寫)	必備
5	已於兩份約定書末頁蓋上藥局大章及藥局負責人私章	必備

確認無誤後請留下承辦人聯絡資訊，請將**本表**連同約定書**2 份**以掛號寄回「衛生福利國民健康署」，地址：103205 臺北市大同區塔城街 36 號，並於信封上註記「戒菸服務機構合約」。
(承辦人聯絡資訊請填寫當資料有誤或需補件時，可協助處理之人員)

藥局承辦人員姓名：_____

聯絡電話：_____

機構代碼

**衛生福利部國民健康署
戒菸輔助用藥契約調劑藥局約定書**

封面：請於右上角填寫機構代碼

填寫機構名稱，如有塗改請加蓋負責人私章

衛生福利部國民健康署戒菸輔助用藥契約調劑藥局
約定書

衛生福利部國民健康署（以下稱甲方）
_____（以下稱乙方）

為辦理戒菸輔助用藥（以下稱戒菸用藥）之調劑，雙方約定如下：

第一頁：請填寫藥局名稱

立契約人

甲方：衛生福利部國民健康署
代表人：
地 址：臺北市大同區塔城街 36 號
電 話：(02)2522-0888

填寫機構名稱並蓋上機構大章

乙方： 戒菸輔助用藥契約調劑藥局
(蓋章)

蓋上負責人私章

代表人： _____

填寫機構代表人姓名

地 址： _____
電 話： _____

務必填寫機構地址及電話，以利聯繫

中 華 民 國 年 月 日

日期不用填
此處日期為本署收件日

3

末頁：請填寫藥局名稱與藥局負責人並用印