

角逐無菸醫院國際金獎申請書

醫院名稱		地址	
		電話	
負責人/職稱		成立日期	
		類別	醫學中心 區域醫院 地區醫院
許可字號		許可機關	
醫院網址			
病床數	(含一般與特別病床)	員工數	
代表 1	(由副院長級以上擔任)	職稱	
電話		手機	
傳真		E-mail	
代表 2	(由主任級擔任)	職稱	
電話		手機	
傳真		E-mail	
行政聯絡人		部門/職稱	
電話		手機	
傳真		E-mail	