

附件一

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				村里路街段巷弄號樓																				
聯絡人											電話											E-mail																						
說明	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。 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）。																																											
醫事機構名稱：(機構圖記或印信)																									戒菸治療與管理窗口填		受理日期：																	
負責人：(私章)																											生效日期										年 月 日							

本計畫經費來自菸品健康福利捐