

114 年臺中市醫療機構低碳認證(診所版)申請表

醫療機構名稱		負責人	
醫療機構地址			
醫療機構 低碳認證 聯絡窗口	姓名		職稱
	手機		電話
	電子信箱		傳真號碼
類別	西醫： ☐ 中醫： ☐ 牙醫： ☐ 衛生所： ☐		
檢附文件	1. 臺中市醫療機構低碳認證審查項目暨自評表 2. 檢附評分項目證明文件（如：教育訓練證明、節能設施照片或節能措施相關證明文件等）		
聲明事項	☐ 本診所/衛生所願意倡議及響應 ESG 永續醫療行動		
醫療機構用印 (醫療機構及負責人章)			
服務條款(請務必詳閱並同意本服務條款) ☐ 我同意主/承辦方就所申請之認證進行期間內所拍攝或攝影之影像進行合理範圍內之宣傳或使用。 ☐ 我同意提供主/承辦方以上低碳相關資料，於醫療機構低碳認證相關宣導使用。			
報名方式	1. 傳真報名：04-25280825 、2.Email 報名：hbtcm02007@taichung.gov.tw		
諮詢專線	04-25265394 分機 3221 廖小姐		