

114 年臺中市醫療機構低碳認證(醫院版)申請表

醫療機構名稱		負責人	
醫療機構地址			
聯絡人	姓名		職稱
	手機		電話
	電子信箱		傳真號碼
醫院層級	☐ 醫學中心 ☐ 區域醫院 ☐ 地區醫院		
病床數	急性一般病床： ☐ 99 床以下 ☐ 100-499 床 ☐ 500 床以上		
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. 其他相關檢附證明文件（如：相關節能設施照片或節能措施相關文件）		
聲明事項	☐ 本院願意倡議及響應 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：hbtcm02160@taichung.gov.tw		
諮詢專線	04-25265394 分機 3731 黃小姐		