

臺中市政府衛生局 115 年「配合警察單位查獲意圖營利與人為性交或猥褻之行為
者及相對人及毒品施打、吸食或販賣者暨高風險族群之抽血作業」
申請資格審核表

一、締約對象基本資料（請勾選類別）：

☐醫(事)機構 ☐醫事人員 ☐醫事團體

醫(事)機構名稱或任職醫(事)機構名稱：_____

醫(事)機構代表人或醫事人員姓名：_____

醫(事)機構或醫事人員聯絡地址：_____

★醫(事)機構或醫事人員通知抽血連絡電話(請務必填寫正確)：

二、資格審核資料

1. 醫療單位請檢附"醫(事)機構開業執照"影本乙份(公立醫院及個人締約免)。
2. 填寫下表主要抽血之醫事人員(醫師、護理師/士、醫事檢驗師)資料並檢附"執業執照正反面"影本乙份。

| 職稱 | 醫事人員姓名 | 證書字號 | 備註 |
|----|--------|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

格數若不敷使用，請自行增列，謝謝。

~感謝您的配合，以下由本局填寫，謝謝~

.....

審核結果：☐符合 ☐不符合，原因：_____

審核日期：

審核人員：

業務主管：