

臺中市政府衛生局 113 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：