

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」調查表

(醫事機構名稱)

所使用之戒菸治療藥品		
品名劑型	成分含量或型號	進價 (NT\$/盒)
平均每月服務人次		
醫事人員對本計畫之意見		
民眾對本計畫之意見		

備註：請 貴醫事機構於開始提供戒菸服務 3 個月內填妥本表，寄回國民健康署戒菸治療管理中心，地址：10050 臺北市林森南路 2 號 6 樓之 3，或傳真至(02) 2351-0081。敬請合作，謝謝！（相關問題，請電詢(02) 2351-0120 轉 14 或 17）

本計畫負責醫事人員：_____

聯絡電話：() _____

E-mail：_____

本計畫經費來自菸品健康福利捐
4-06-103-B