

衛生福利部國民健康署「醫療院所戒菸服務補助計畫」
VPN 系統資料更正申請單

醫事機構名稱		醫事機構代號	
申請醫事人員姓名		聯絡電話	()
申請日期	年	月	日
戒菸個案資料	姓名		身分證字號
	出生日期	年 月 日	療程別 <input type="checkbox"/> 第1次 <input type="checkbox"/> 第2次
更正項目	<input type="checkbox"/> 戒菸者基本資料	<input type="checkbox"/> 身分證字號 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<input type="checkbox"/> 戒菸者就醫資料	<input type="checkbox"/> 就診日期 <input type="checkbox"/> 用藥週數 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 藥量 <input type="checkbox"/> 處方品名 <input type="checkbox"/> 用藥追蹤 <input type="checkbox"/> 刪除整筆資料 <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<input type="checkbox"/> 戒菸者衛教資料	<input type="checkbox"/> 衛教日期 <input type="checkbox"/> 衛教追蹤 <input type="checkbox"/> 其他_____	
更 正 內 容			
原登錄內容	更正後內容		更正理由
填表人簽章：	電話：	傳真：	

備註：

- 1、請依更正項目勾選子項目，務必填寫個案資料及更正內容，未敘明者，不予受理。
- 2、請將本表郵寄至：10050 臺北市林森南路2號6樓之3「國民健康署戒菸治療管理中心」
或傳真至：(02) 2351-0081。
- 3、若有相關問題，請電詢(02) 2351-0120 轉 17 或 14。