

附件1

桃園市登革熱 NS1 抗原快速診斷試劑合約院所同意書

112.9.5

醫療院所名稱		十碼代碼	
醫療院所負責人			
醫院等級別	<input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所 <input type="checkbox"/> 衛生所		
地址	桃園市 區		
聯絡人姓名	聯絡人電話	傳真電話	聯絡人 E-mail

※申請說明：

- 一、由本市衛生局（所）提供之公費 NS1 抗原快速診斷試劑，該試劑材料費用不得另行再向中央健康保險署申請給付或向民眾收取。
- 二、只要使用公費 NS1 抗原快速診斷試劑，不論檢驗結果為何，皆須向本市衛生局（所）通報並協助疑似個案檢體採檢送驗。

※本院（所）是否已審閱「桃園市登革熱基層院所快篩網絡計畫」並充分瞭解計畫規定，且願遵照相關規定辦理？ 是 否

※個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列及提供之個人資料，做為辦理登革熱快篩相關業務使用。

此致 桃園市政府衛生局

負責人簽名（章）

審核日期：

審核人：

單位主管：