

臺南市指定醫療機構意願調查表

一、 依據本局指定醫療機構檢驗屍體摺給死亡證明書作業規定辦理。

二、 調查事項：

(一) 本院所有意願加入臺南市政府衛生局指定之醫療機構。

(二) 願意提供服務之行政區：(可填多區)

臺南市_____區

(三) 願意提供服務時段：(早 8-12、午 13-17:30、晚 17:30-20:00，請勾選；若提供服務時間與上開時間不同，請於備註欄註明)

	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日
早							
中							
晚							
備註							

填表人：_____

醫療機構名稱：_____院、所

醫療機構地址：_____

聯絡電話：_____

E-mail：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※請有意願醫療院所，以電話(2679751#332)或電子郵件(a00091@tncghb.gov.tw)或郵寄方式至衛生局綜合企劃科鄭先生收(臺南市東區林森路一段418號)。

※衛生局接到調查表後，會與貴醫療院所聯繫相關申請事宜。