

114 年臺南市長者咀嚼吞嚥障礙篩檢計畫

合作院所加入同意書

_____ 同意加入 114 年臺南市長者咀嚼吞嚥障礙篩檢計畫委辦計畫之合作院所，願意配合本計畫提供個案醫療照護及衛教、轉介服務，俟完成個案管理並繳交相關完整表單。

院所名稱：

院所地址：

負責人：

聯絡電話：

大印

小印

中 華 民 國 1 1 4 年 月 日

*倘貴院(所)同意加入本計畫，請將本同意書填寫並用印後，將資料交(寄)回本局(以郵戳為憑)，並電復 06-6357716 分機 306 王先生確認，謝謝。

回寄地址：73064 臺南市新營區東興路 163 號 臺南市政府衛生局 國民健康科王先生收