

健康署十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

立聲明書人 _____（以下簡稱本人），因為
之原因，故無法出具原住民證明相關文件，茲證明我具
原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為，本人聲明全部屬實，
如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名： _____（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。