

醫療機構負責醫師同意書

本人已充分了解藥事人員_____報備支援之目的、性質及內容，茲同意該員工進行：

107年弱勢家庭暨獨居老人藥事及全人健康照護計畫之個案訪視業務

107年全民健康保險高診次者藥事照護計畫訪視業務之個案訪視業務

此致 臺中市食品藥物安全處

立同意書人：

身分證字號：

住址：台中市 區 里 鄰 路 段
巷 弄 號 樓之

聯絡電話：(04)

行動電話：

中華民國 107 年 月 日