

【附錄 3-2】

衛生福利部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

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： _____（簽名或蓋章）

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。