

## 醫療機構替代治療作業管理系統資料異動申請單

申請異動單位				申請日期	年	月	日		
申請人		電話		傳真					
E-MAIL									
異動項目									
異動明細									
簽 章 欄	申請單位								
	申請人								
	科/組長								
	單位主管								
<b>衛生福利部審查意見</b>									
審查結果	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：_____								
審查人員		單位主管							
<b>※以下欄位由采威國際資訊股份有限公司填寫</b>									
處理說明									
預計完成日期	年	月	日	時	實際完成日期	年	月	日	時
處理人員				客服人員					

※**填表說明**：替代治療執行機構倘須變更、異動、修正任何「醫療機構替代治療作業管理系統」資料，請務必填寫本申請單，並經申請異動單位主管核章後，傳真至(02)8590-7080 或掃描電子檔傳送至 mo22025@mohw.gov.tw 及 mozheng@mohw.gov.tw，傳送後請電話確認資料是否送達，聯絡電話：(02)8590-7483 賴先生或(02)8590-7445 陳小姐，申請單經衛生福利部心理及口腔健康司審核通過後，即請采威公司辦理所請資料異動事宜。