

酒駕個案申請重新考驗駕駛執照之酒癮治療完成證明書

一、基本資料	轉介文號：
姓名：_____	
出生：____年____月____日	
身分證統一編號：_____	
二、治療過程及建議	
OOO自____年____月____日至____年____月____日於本院接受酒癮治療，治療期間遵從醫囑且規律返診共____次 ^{註1} ，並完成心理與社會功能評估，及必要之治療。	
目前狀態：	
<input type="checkbox"/> 階段性治療已完成。惟個案仍應積極自我管理，持續留意飲酒行為以及避免飲酒相關問題(包括酒駕)，並建議固定返診，以穩定其成效。	
<input type="checkbox"/> 其他：_____	

※註1:個案應接受12個月且至少12次以上之酒癮評估治療，並視醫師評估增加次數。

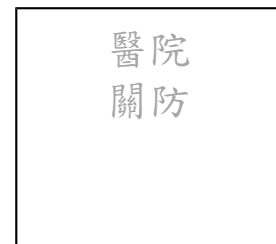
※註2:本證明書有效期限1年。

※註3:本表1式2份，1份醫院留存，1份個案自行留存。

執行機構：_____醫院

診治醫師：_____

精專字號：_____



中華民國 年 月 日