

臺南市北門區衛生所 民眾洽公一次告知單

親愛的鄉親您好：

您要辦理_____業務，

為了讓我們對您的服務更完善，提醒您攜帶下列資料辦理業務：

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 健保卡 | <input type="checkbox"/> 國民身分證 |
| <input type="checkbox"/> 兒童健康手冊 | <input type="checkbox"/> 一吋照片 2 張 |
| <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明書(正本/影本) | <input type="checkbox"/> 戶籍謄本(正本/影本) |
| <input type="checkbox"/> 銀行/郵局帳戶影本 | <input type="checkbox"/> 印章 |
| <input type="checkbox"/> 診斷證明書 | <input type="checkbox"/> 費用：新臺幣_____元 |
| <input type="checkbox"/> 空腹 8 小時 | <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 |
| <input type="checkbox"/> 委託書 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請敘述) |

辦理時間於

____年____月____日(星期____) ____：____ ~ ____：____

辦理地點：

臺南市北門區衛生所(北門區北門里港北 50 號)

其他_____

若有任何問題，歡迎您致電本所 06-7862043 轉 9，我們將竭誠為您服務，謝謝。

北門區衛生所 Line 社群



北門區衛生所共照雲社群

