**114年《器官捐贈宣導月》機構申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構全銜 |  |
| 醫事機構代碼 |  |
| 醫療機構層級 | 🞏醫學中心；🞏區域醫院；🞏地區醫院；🞏基層診所/衛生所 |
| 負責人姓名 |  |
| 聯絡人姓名/職稱 |  |
| 聯絡人單位/電話 |  |
| 聯絡人電子郵件 |  |

聯絡人單位長官職章：

中華民國 114 年 00 月 00 日