

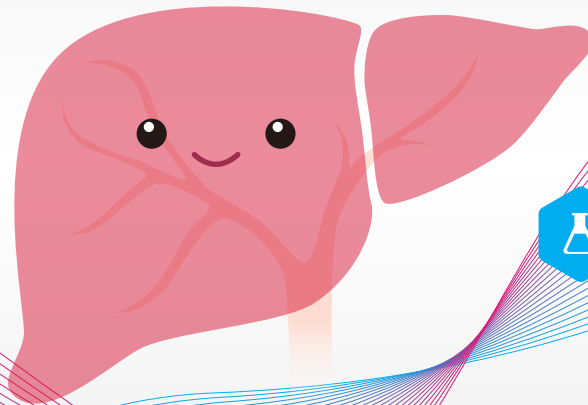
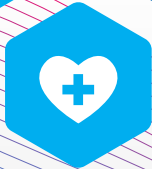


全民回肝計畫

量出^{100 uIU}你的肝

免費 B 肝病毒
表面抗原定量檢測

報名單



姓名 _____ 性別 男 女 不提供

年齡 _____ 連絡電話 _____

收件地址 _____

電子信箱 _____

希望就醫的區域 _____ 縣/市 _____ 區/鄉/鎮

您是如何得知「全民回肝計畫」免費病毒量檢測這個活動？

醫療院所 網路新聞 活動文宣 公車廣告 其它



社團法人台灣肝病醫療策進會
Advancing Clinical Treatment
of Liver Disease, Taiwan



以下請由主治醫師協助填寫

病患目前已治療的時間 _____ 年，預計停藥的月份 _____ 年 _____ 月

就醫醫院/診所 _____

主治醫師簽名/蓋章：

個人資料告知暨同意事項聲明：

- 我年滿45歲(以上)，正在接受B型肝炎口服抗病毒藥物治療，但即將於三個月內停藥。
- 我同意將個人資料提供予全民回肝計畫使用，全民回肝計畫篩檢小組不得向第三人揭露或用於「全民回肝計畫」以外之用途。
- 告知暨同意事項：您於本報名單所提供之個人資料將由社團法人台灣肝病醫療策進會蒐集，並存取至受社團法人台灣肝病醫療策進會委託廠商(下稱「委託廠商」)之作業系統(不論是位於台灣境內或海外)，並於您提供之目的範圍內，永久保存，於由委託廠商處理及利用您的個人資料。

您於提供您的個人資料後，仍得依中華民國個人資料保護法之規定行使下列權利：

- 一、查詢或請求閱覽。
- 二、請求製給複製本。
- 三、請求補充或更正。
- 四、請求停止蒐集、處理或利用。
- 五、請求刪除。



填寫完後，請將篩檢報名表，以下列方式送至「全民回肝計畫」篩檢小組

一、**郵寄**：10487台北市中山區中山北路二段52號9樓「全民回肝計畫」篩檢小組收

二、**傳真**：02-2717-3696

三、**Email**：tinglin744@gmail.com

待審核通過後，「全民回肝計畫」篩檢小組將以書面郵寄方式，通知您到特約醫療院所進行免費B肝病毒表面抗原定量篩檢。

