

民眾自費檢驗 COVID-19 申請表

申請日期： 年 月 日

病歷號：_____

申請人		身分證明	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
出生日期	__年__月__日	文件號碼	
法定代理人		身分證明	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
與申請人關係		文件號碼	
出境資料	出境日期	__年__月__日	
【非出境免填】	搭乘航空班機編號		
手機			
E-mail	<input type="checkbox"/> 僅需電子檔		
地址			
檢驗結果 內容需求	<input type="checkbox"/> 陰性或陽性		
	<input type="checkbox"/> 需有 CT 值 (加收行政處理費)		
	<input type="checkbox"/> 其他：		
個人自費檢驗 資料蒐集處理 及利用同意書	<p>就申請人於民國__年__月__日於中山醫療社團法人中山醫院接受 COVID-19 自費檢驗資料之個人資料 (包括姓名、身分證字號、生日、檢驗結果等資料)：</p> <p>申請人已瞭解並同意提供，就提供之個人資料得依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利，並得行使：申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。</p> <p style="text-align: center;">_____ (簽章) _____ (18歲以下法定代理人簽章)</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>		

備註

1. 請提供護照影本或旅行證件影本
2. 請確認檢查日期是否符合需求