

新生兒聽力篩檢資訊系統資料變更申請書

*表格資料務必清楚填寫

申請機構：	機構代碼：
申請人姓名：	申請日期：
	電話： 分機
個案母親姓名：	身分證字號：
個案出生日期： 年 月 日	建檔序號：
<input type="checkbox"/> 修改	<input type="checkbox"/> 個案基本資料 <input type="checkbox"/> 初篩報告 <input type="checkbox"/> HR-01 <input type="checkbox"/> HR-02 <input type="checkbox"/> HG-01
<input type="checkbox"/> 刪除	<input type="checkbox"/> HG-03 <input type="checkbox"/> 其他：_____
原內容：	
變更內容：	
變更原因：	
申請人	單位主管

填妥後請以傳真方式至聽資中心審核
Tel：(02) 85962065；Fax：(02) 85962067

.....
以下由聽資中心填寫

管理編號：

審核	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，說明：	
經 辦	主 管	資 訊 管 理

變更日期：

通知日期：

經辦：