

新生兒先天性代謝異常疾病篩檢中心
* 物料補充表 *

機構代碼： _____
採集機構： _____
單位科室： _____
申請人： _____
申請日期： _____

品名	申請數量	剩餘數量	備註
血片(採血用濾紙)			
由任袋			
藍色篩檢專用信封			
新生兒篩檢自選項目同意書(黃色)			
新生兒篩檢自選項目衛教手冊(黃色)			

附註：

1. 物料一次核發半年用量。請貴院尚存一個月用量時，即可使用物料補充表申請物料。
2. 因為傳真較易模糊不清，煩請正本隨採血片一併寄來，謝謝。

此表單請自行影印使用

財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所

地址：11070 臺北市東興路 55 號 5 樓

電話：(02) 8768-1020 分機 32

傳真：(02) 8768-1021

聯絡人：葉昱樵