

新生兒先天性巨細胞病毒篩檢線上作業資料變更申請書

*表格資料務必清楚填寫

申請機構：	機構(院所)代碼：
申請人姓名：	申請日期：
	電話： 分機
個案母親姓名：	母親身分證字號：
個案出生日期： 年 月 日	檢體 UID：
原內容： 變更內容： 變更原因：	
申請人	單位主管

填妥後請以傳真或 email 方式至預防醫學基金會

Tel : (02) 27036080 ; Fax : (02) 27036070 email : cmv@pmf.tw

.....
以下由預防醫學基金會填寫

管理編號：

審核	<input type="checkbox"/> 同意； <input type="checkbox"/> 不同意，說明：	
經 辦	主 管	系 統 管 理

變更日期：

通知日期：

經辦：