

新生兒先天性巨細胞病毒(CMV)篩檢院所調查表

篩檢院所		院所代碼	(由檢驗單位填寫)
院所地址			
參與人員	姓名	單位	職稱
主持人			電話/傳真
協調員			電子信箱
			電話: 傳真:
篩檢陽性個案轉介方式	<input type="checkbox"/> 陽性個案由本院自行確診。 <input type="checkbox"/> 需確診個案轉介至可治療之確診醫院，醫院名稱_____， 科別_____，醫師姓名_____。		
收據抬頭			
單位統編			
填表人		主持人簽章	

申請日期： 年 月 日

填妥後請傳真或電子信箱方式至預防醫學基金會
 <cmv@pmf.tw> ; Fax : +886-2-2703-6070 ; Tel : +886-2-2703-6080

.....

以下由預防醫學基金會填寫

管理編號：

經 辦	主 管	系 統 管 理

通知日期：

建檔日期：

經辦：