

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：	
單位別：		申請日期：	
申請人姓名：		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：	
☐ 修改 表單： ☐ 個案基本資料 ☐ 初篩報告 ☐ HR-01 ☐ HR-02 ☐ HG-01 ☐ 刪除 ☐ HG-03 ☐ 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	☐ 同意 ☐ 不同意，說明：	
經 辦	主 管	資 訊 管 理

變更日期：

通知日期：

經辦：