

# 衛生福利部國民健康署 資料異動申請單

機構代碼：_____ 機構名稱：_____						
申請人：_____ 職稱：_____						
聯絡電話：_____ 申請日期：_____						
<b>資料修改填報表(請務必正確填寫並詳述原因)</b>						
需修正之資料業務別： <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 口腔						
筆數：_____						
序 號	身分證字號	門診日期	修改前資料	修改後資料	修正原因	備 註
範 例	A999999999	104/6/1	檢查結果：3 紅斑	正確應為：4 紅白 斑	誤植	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

註：以下情形請填寫此申請單並檢具相關資料(如：檢查/驗報告單、篩檢表、病理報告等)寄送健康署審核。(免備文)

1. 大腸(不管陰性陽性)：檢驗結果、數值異動；
2. 口腔(陽性)：檢查結果、菸檳習慣異動或資料刪除。

\*門診日期：大腸糞便潛血門診日期(非檢驗日期)、口腔黏膜檢查門診日期。

申請人職章：\_\_\_\_\_

單位主管職章：\_\_\_\_\_