**114-115年度「新北市愛滌生多元照護計畫」**

**未成年人接受治療同意書**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (監護人)茲同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (未成年人)至醫療機構接受治療，其項目包括：門診評估檢查、診斷性會談、抽血檢驗、心理治療、尿液篩檢、生育保健、母嬰照護等，已接受治療者於治療期間須自行負擔部分費用。

此致

新北市政府毒品危害防制中心

|  |  |
| --- | --- |
| 同 意 人（簽名） |  |
| 法定代理人（簽名） |  |
| 國民身分證統一編號 |  |
| 戶 籍 地 |  |
| 現 住 地 |  |
| 聯 絡 電 話 |  |
| 行 動 電 話 |  |
| 緊急連絡家屬、電話 | 姓名：  關係：  電話： |

中華民國　 年　 　　月　 　　日

如有相關疑問或需要協助，請來電毒防中心諮詢專線(0800-770-885)，由專人為您服務。