

未成年人接受戒癮治療同意書

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，請來電毒品危害防制中心諮詢專線(0800-770-885)，由專人為您服務。