**罕見疾病照護服務 通知書**

**□不同意**

**□中止服務**

本人:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)，

□不同意接受

□中止服務，自 年 月 日起中止

■ **台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院** 罕見疾病照護服務，

不同意/中止服務 原因:

□暫時不需要罕見疾病照護服務，於需要時將再提出服務申請

□主要問題獲得解決，已不需要罕見疾病照護服務

□其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

此致

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院

申請人： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 簽名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代理人： （關係： ）簽名：

(申請人無法簽名由法定代理人簽名)

聯絡電話： 手機：

現居地地址：

中華民國 年 月 日

**（說明：中止服務前，建議先與個案管理師討論。服務中止後，如有需求，可再重新申請繼續本服務）**

**﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍**

**（以下由照護服務機構/團體填寫）**

收件人：**台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院** 收件日期： 年 月 日

（經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應）