

# 金門縣酒癮治療服務同意書

## \*基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 身分證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

緣本人（即立同意書人）願意於\_\_\_\_\_（執行機構）接受酒癮治療服務方案，並同意如達兩次未依約定時間出席醫師指定療程，將被直接取消療程資格，須於90天後才能再次申請酒癮治療服務計畫，並知道每年度最多申請此計畫兩次之規範。

緣本人（即立同意書人）了解為增進治療／輔導效果，以及內部專業檢討，治療者／輔導者會將治療／輔導作成書面紀錄、錄音或錄影，這些紀錄會使用在對於公務聯絡以及臨床專業討論上，不會使用在商業行為或媒體報導中，因此同意\_\_\_\_\_（執行機構）將治療／輔導過程作成相關紀錄。

立同意書人：\_\_\_\_\_

執行機構：\_\_\_\_\_

治療者／輔導者：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日