

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