**金門縣毒品危害防制中心**

**變更接受毒品危害講習地點申請單**

 填寫日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 收到毒品危害講習通知單日期 | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 衛醫字第\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_號 |
| 姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 現居地址 |  |
| 申請變更原因 | 原因：擬申請變更接受\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(縣)市衛生局之講習 |
| 簽章 |  | 手機 |  |
| 聯繫電話 |  |

備註：

請填妥申請單後，將此申請單掛號郵寄至金門縣衛生局（地址：891 金門縣金湖鎮中正路1-1號5樓）或傳真至（082）335692，並以電話確認收件，如有任何問題，請洽詢（082）337555。

|  |  |
| --- | --- |
| 身分證影本正面 | 身分證影本反面 |