

# 臺北市第三、四級毒品危害講習異動申請表

(108.10.22修訂)

|                                      |   |        |        |
|--------------------------------------|---|--------|--------|
| 受講習人姓名                               |   | 案件列管編號 |        |
| 身分證字號                                |   | 原訂講習日期 | 年 月 日  |
| 聯絡電話                                 |   |        |        |
| 聯絡地址                                 |   |        |        |
| E-mail                               |   |        |        |
| <input type="checkbox"/> <u>變更場次</u> | 預計參加講習日期：_____年_____月_____日<br><b>【僅能變更1次，請慎選場次】</b><br><b>*請檢附身分證正反面影本，俾利辦理後續事宜!</b>   |        |        |
| <input type="checkbox"/> <u>變更地點</u> | 理由：<br>擬申請變更至_____縣(市)完成講習<br><b>*請檢附身分證正反面影本，俾利辦理後續事宜!</b>   |        |        |
| <input type="checkbox"/> <u>免除講習</u> | 理由：<br><b>*請檢附死亡證明、失蹤證明、警局撤案證明…等，俾利辦理後續事宜!</b>  |        |        |
| <input type="checkbox"/> <u>延期講習</u> | 理由：<br><input type="checkbox"/> 兵役 (時間： 年 月 日 ~ 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 服刑 (時間： 年 月 日 ~ 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 出國 (時間： 年 月 日 ~ 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 其他，請說明：<br>(時間： 年 月 日 ~ 年 月 日)<br><b>*請檢附軍人身分證影本、在監證明、護照相片頁面暨出入境戳章頁面影本…等，俾利安排下次講習時間!</b> |        |        |
| 申請人或<br>代理申請人簽章                      | 關<br>係  | 電<br>話 | 日<br>期 |

- 備註：
- 請申請人或代理申請人於講習前將本申請表、相關證明及處分書講習通知影本一併傳真至臺北市立聯合醫院昆明院區辦理變更事宜，傳真 (02)2312-1435，並請於傳真後來電0800-770885確認是否收到所傳之文件，**未來電確認者**視為**「未完成」**。
  - 請檢附完整之相關證明俾利審查，異動申請受理期限為該場講習結束前，不接受事後申請。若經查為事後申請或相關證明不完整，將駁回此案之異動申請，且不另行通知審查結果。
  - 如有任何問題，請電洽：0800-770885，**(市話將直接轉入臺北毒防中心，手機撥打請先按1，後按2選擇服務區域臺北市)**。

-----以下由承辦單位填寫-----

| 處理結果   |      |              |                   |
|--|------|--------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 同 意<br><input type="checkbox"/> 不同意 | (說明) | 安排下次<br>講習時間 | 時間<br>年 月 日<br>地點 |
| 承辦人簽章  |      | 簽章日期         |                   |