

臺北市第三、四級毒品危害講習異動申請表

(113.11.12 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			
<input type="checkbox"/> 變更場次	預計參加講習日期：_____年_____月_____日 【僅能變更1次，請慎選原訂講習日期後，2個月內之場次】 *請檢附身分證正反面影本，俾利辦理後續事宜！		
<input type="checkbox"/> 變更地點	理由： 擬申請變更至_____縣(市)完成講習 *請檢附身分證正反面影本，俾利辦理後續事宜！		
<input type="checkbox"/> 免除講習	理由： *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！		
<input type="checkbox"/> 延期講習	理由： <input type="checkbox"/> 兵役（時間：_____年_____月_____日～_____年_____月_____日） <input type="checkbox"/> 服刑（時間：_____年_____月_____日～_____年_____月_____日） <input type="checkbox"/> 出國（時間：_____年_____月_____日～_____年_____月_____日） <input type="checkbox"/> 其他，請說明： （時間：_____年_____月_____日～_____年_____月_____日） *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！		
申請人或代理申請人簽章	關係	電話	日期

備註：

- 請申請人或代理申請人於講習前將本**申請表及相關證明**一併傳真至臺北市立聯合醫院昆明防治中心辦理變更事宜，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)**。

收案人簽章 _____ 收案日 _____年_____月_____日

-----以下申請人不需填寫-----

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