

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"/> 變更場次 | 預計參加講習日期：_____年_____月_____日 【僅能變更1次，請慎選場次】 *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：

1. 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 E-mail 或傳真至臺北市立聯合醫院昆明院區辦理變更事宜，E-mail：kunming1000@gmail.com、傳真 (02)2312-1435，並請以電話確認是否收到所傳之文件。
2. 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。
3. 如有任何問題，請電洽：(02)2375-4068。

-----以下由承辦單位填寫-----

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