

附件

## 國民健康署18歲(含)以上具原住民身分 且參與戒菸治療服務聲明書

【本戒菸治療服務經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

立聲明書人\_\_\_\_\_（以下簡稱本人），因為  
\_\_\_\_\_之原因，無法出具原住民證明相關  
文件，茲聲明本人具原住民身分且有戒菸行為及參與戒菸治  
療。上述聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：(簽章)

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國            年            月            日

備註：本資料請合約醫事機構留存於「戒菸服務補助計畫個案紀錄表」

中（視同病歷一部分）。