

藥癮者自願接受輔導同意書

本人自願接受花蓮縣毒品危害防制中心定期追蹤關懷協助☐六個月☐一年☐兩年，經此同意後，日後將定期或不定期之電話關懷、家庭訪視、就業輔導、就學輔導、社會救助、醫療轉介及其他有需關懷之事務。

此致

花蓮縣毒品危害防制中心

同意人(簽名)	
身分證字號	
戶籍地	
居住地	
聯絡電話	
緊急聯絡家屬 姓名、電話	姓名： 關係： 電話：

中華民國

年

月

日