

填表人資料

機關名稱：_____ 單位名稱：_____

聯絡人：_____ 職稱：_____

公務電話：_____

機關地址：□□□_____

1. 請問貴機關是否有可汰舊換新之設備可供捐贈？若有，請勾選。

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 超音波設備，數量_____ | <input type="checkbox"/> 呼吸器，數量_____ | <input type="checkbox"/> 洗腎機，數量_____ |
| <input type="checkbox"/> 高壓消毒鍋，數量_____ | <input type="checkbox"/> 手術檯，數量_____ | <input type="checkbox"/> X光機，數量_____ |
| <input type="checkbox"/> 顯微鏡，數量_____ | <input type="checkbox"/> 內視鏡，數量_____ | <input type="checkbox"/> 心電圖機，數量_____ |
| <input type="checkbox"/> 生理監視器，數量_____ | <input type="checkbox"/> 麻醉機，數量_____ | <input type="checkbox"/> 電擊器，數量_____ |
| <input type="checkbox"/> 各類器械，數量_____ | <input type="checkbox"/> 胎心音器，數量_____ | <input type="checkbox"/> 電燒刀，數量_____ |
| <input type="checkbox"/> 救護車，數量_____ | | |

2. 除上述外，請問貴機關是否可捐贈其他相關醫療設備或器材？

- 否 是，請問有哪些？

3. 【同意聲明】

我已閱讀並同意上述個人資料蒐集、處理及利用告知事項。

感謝您撥冗填寫本問卷。本問卷所蒐集之個人資料，僅用於本次問卷聯絡，我們將嚴格遵守個人資料保護法之規定，保障您的隱私安全。

～再次感謝您的協助～