

## 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～