**執行衛生福利部國民健康署「醫事機構戒菸服務補助計畫」**

**所遇之困難建議調查表**

 **填表單位：**

| **所遇困難** | **說明** | **建議** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備註：請於109年9月7日前以電子郵件回傳至k86464087@tma.tw