

眼科意願調查單

本局擬與貴眼科醫療院所於 113 年 6 月 1 日至 6 月 30 日，辦理 113 年度宜蘭縣糖尿病暨慢性病照護網活動—糖尿病友視網膜篩檢活動~「護眼行動月」，以服務蘭陽地區糖尿病友，敬邀貴醫療院所踴躍參加，並於 4 月 30 日前將此意願調查單回覆本局，俾利彙整相關資料。

此致

貴院所

宜蘭縣政府衛生局
聯絡人：陳雅雯
聯絡電話：9322634#2306
傳真電話：9360855



宜蘭縣糖尿病暨慢性病照護網活動—「護眼行動月」 各眼科醫療院所參與活動回覆單

醫療院所名稱：_____ 聯絡人：_____ 電話：_____

同意，願意參加此活動，並於 6 月份提供糖尿病人「免掛號費」優惠。

不同意

其他建議：_____

敬請於 113 年 4 月 30 日前將此回覆單回覆本局，謝謝您的合作！



宜蘭縣政府衛生局 感謝您