

網路成癮個案轉介同意書 (轉介未成年者請填寫此欄)

茲同意本人子女_____ (姓名) 由_____ (單位或學校) 提供資料轉介予_____ 衛生局(所) 或_____ (醫療機構)，俾利提供有關網路成癮問題之諮詢或醫療服務。

立同意書人簽章：_____ (請以正楷書寫)
(監護人/法定代理人)

日期： 年 月 日

網路成癮個案轉介同意書 (轉介成年者請填寫此欄)

茲同意將本人資料由_____ (單位) 提供予_____ 衛生局(所) 或_____ (醫療機構)，俾利提供本人有關網路成癮問題之諮詢或醫療服務。

姓名：_____ (請以正楷書寫) 性別： 男 女

電話：_____ 年齡：_____

聯絡地址：_____

日期： 年 月 日