

健康署十八歲以上至未滿三十歲具原住民身分且有  
嚼（戒）檳榔行為之口腔黏膜檢查服務聲明書

【本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

立聲明書人 \_\_\_\_\_（以下簡稱本人），  
因為 \_\_\_\_\_ 之原因，故無法出具原住民證明  
相關文件，茲證明我具原住民身分且有嚼（戒）檳榔行為，  
本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名： \_\_\_\_\_（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。