

## 請協助填寫貴院所轉診中心聯絡資訊

院所代號	
院所名稱	
承辦人姓名	
連絡電話	
傳真號碼	
EMAIL	

填寫後請郵寄至臺北榮總轉診中心

郵寄地址：11217 臺北市北投區石牌路二段 201 號