

個人資料使用同意書

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