

財團法人乳癌防治基金會

讓愛飛翔-癌友服務計畫申請表

姓名		性別		出生日期	民國_____年_____月_____日	
身份證字號			聯絡電話	住家：	手機：	
電子信箱						婚姻：
通訊地址						子女：
戶籍地址						
初次診斷				復發轉移		
初診日期	民國_____年_____月_____日			復發轉移 診斷日期	民國_____年_____月_____日	
手術日期	民國_____年_____月_____日			復發轉移部位		
手術部位		治療醫院：		手術部位		治療醫院：
手術方式				手術方式		
☐ 化學治療，藥物名稱：				☐ 化學治療，藥物名稱：		
☐ 放射線治療				☐ 放射線治療		
☐ 荷爾蒙治療，藥物名稱：				☐ 荷爾蒙治療，藥物名稱：		
☐ 標靶治療，藥物名稱：				☐ 標靶治療，藥物名稱：		
生活照2張						

請接續填寫下頁（請確實填寫及檢送完整資料，如有缺漏，恕不受理及另行通知。）

財團法人乳癌防治基金會
讓愛飛翔-癌友服務計畫申請表

罹癌心情故事：(500~1000字)

【個人資料蒐集與公開同意聲明】

本人同意財團法人乳癌防治基金會因辦理「讓愛飛翔-乳癌病友服務計畫」之需求，蒐集、處理及利用本人之個人資料。針對《財團法人法》第25條規定之獎助名單公開義務，本人同意：

☐ 本會依法以「去識別化（如：李〇〇）」方式公開本人之姓名與補助金額。

☐ 本人因特殊考量，不同意公開任何補助資訊。

申請人簽名：_____ 日期：____年____月____日