

社團法人中華民國乳癌病友協會
荷爾蒙陽性轉移性乳癌 PIK3CA/AKT1/PTEN 基因檢測補助計畫 申請表

申請日期: ____年__月__日

申請人資料	姓名		性別	☐ 男 / ☐ 女	出生日期	____年__月__日 (____歲)
	連絡電話				身分證字號	
	通訊地址					
	Email					
	聯絡人姓名		關係		連絡電話	
	癌別/期別	☐ 乳癌 第 IV 期 (僅上述期別符合申請資格)				
	乳癌子分類	☐ 荷爾蒙受體陽性/HER2 陰性				
醫院資料	主治醫師 (請醫師簽章)	____年__月__日				
	就診醫院			個管師姓名		
	個管師 Email			個管師電話		
個人資料聲明						
我已確認此申請表中所填資料皆屬實，並充分了解【AKT 啟動計畫 1.0 (Project AKTivation 1.0)】之計畫說明與檢測流程，且此申請表中所屬的個人資料，僅作為社團法人中華民國乳癌病友協會於 PIK3CA/AKT1/PTEN 基因檢測補助專案期間使用，不做任何行銷用途。 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、檢體、基因檢測等個人資料。且申請人同意社團法人中華民國乳癌病友協會為評估及提供後續服務，可運用個人資料進行電話關懷追蹤、報告結果分析，如不同意及無法配合者，恕難提供相關社會資源服務。 ☐ 同意 ☐ 不同意 申請人(患者)簽名：_____(____年__月__日)						

註：

- 請完整填寫荷爾蒙陽性轉移性乳癌 PIK3CA/AKT1/PTEN 基因檢測補助計畫申請表，「個人資料聲明」處請務必親簽表示同意。
- 請依下列指示送件至「AKT 啟動計畫 1.0 (Project AKTivation 1.0)」(限紙本郵寄送件)
(掛號郵寄：10041 台北市中正區青島西路 11 號 12 樓之 2，社團法人中華民國乳癌病友協會 AKT 啟動計畫 1.0 收)