**衛生福利部預防及延緩失能照護服務資源管理平台**

**帳號、密碼申請單**

|  |  |
| --- | --- |
| **單位名稱****(必填)** |  |
| **服務地址****(必填)** | **(住址必須含 “村” 或 ”里”)** |
| **統一編號** |  |
| **負責人姓名** |  |
| **負責人電話** |  |
| **負責人email** |  |
| **聯絡人****(必填)** | **(實際操作系統、登錄資料的人)** |
| **聯絡電話****(必填)** |  |
| **聯絡人email****(必填)** |  |
| **原單位名稱****(若曾經變更)** |  |