



愛妳不肺力

 台灣癌症基金會
FORMOSA CANCER FOUNDATION

「抗癌不肺力 應援箱」 免費申請 幫助肺癌病友邁向康復

台灣癌症基金會與屈臣氏攜手多位愛心供應商夥伴，集結抗癌生活中的必需品，特別挑選低敏溫和產品，讓您因治療導致的噁心、嘔吐、甲溝炎、手足症候群、口炎、皮膚乾癢能使用，一起與病友在抗癌路上相伴前行。

抗癌不肺力應援箱 (申請表單請參考背面)

申請資格：正接受治療的肺癌病友

如為經濟弱勢家庭及女性可優先申請(前者需提供經政府機關核定之低收、中低收入戶證明或村里長核發之清寒證明)





抗癌不肺力應援箱 申請表

申請日期: 年 月 日

基本資料	姓名		性別	男 女	年齡	歲
	聯絡市話或手機		通訊地址 (可寄送應援箱之地址)			
醫院資料	就診醫院		期別			
	診斷時間 (ex:2023/10)					
	目前接受何種治療? (可複選)	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化療 <input type="checkbox"/> 放療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫治療 <input type="checkbox"/> 其他:				
檢附資料	(*請務必與此表單一起提供) 1、正在治療中肺癌相關佐證文件(ex:醫院提供之診斷書影本) 2、經濟弱勢家庭相關資料,若符合此資格將優先寄送(ex:經政府機關核定之低收入、中低收入戶證明或村里長核發之清寒證明影本)					
申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務,可進行電話或問卷關懷、報告結果分析或運用個人資料,如不同意及配合者恕難提供相關社會資源服務。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 申請人簽名或蓋章: (資料內容僅作為本次申請使用,主辦單位將善盡維護及保密之責)						

申請方式:

1.掃描右方QR Cord 填寫資料

2.本表單郵寄至:105台北市松山區南京東路五段16號5樓之2

台灣癌症基金會-愛妳不肺力專案小組收

3.電洽 (02) 8787-9907分機228 愛妳不肺力專案小組 高小姐



如有應援箱之相關問題,請洽:(02) 8787-9907 分機228 高小姐