

附表 1

## 臺北市政府衛生局照顧管理人員提敘申請表

員工編號		姓名 (申請人親自簽名或蓋章)	到職日期	年 月 日	申請日期	年 月 日
職稱		身分證字號	出生日期	年 月 日		
原職等/薪級			原月支報酬			
擬提敘職等/薪級			擬提敘月支報酬			
目前工作項目						
<input type="checkbox"/> 照顧管理專員	<input type="checkbox"/> 曾任本市或他縣市照顧管理人員，可提敘年資共計____年。 <input type="checkbox"/> 服務於評鑑或督考甲等以上之長照相關機構（護理之家、居家護理所、日間照顧中心、居服單位、老人福利機構及其它長照相關機構），可提敘年資共計____年。					
<input type="checkbox"/> 照顧管理督導	<input type="checkbox"/> 曾任本市或他縣市照顧管理督導，可提敘年資共計____年。					
備註	一、本書表適用於照顧管理人員。 二、需詳細填寫表單並確認內容皆屬實無誤。 三、請填寫本表及附表，依提敘需求勾選並確認表單繳交無誤。 <input type="checkbox"/> 附表 1：臺北市政府衛生局照顧管理人員提敘申請表 <input type="checkbox"/> 附表 2：臺北市政府衛生局照顧管理人員服務經歷表 <input type="checkbox"/> 附表 3：臺北市政府衛生局照顧管理人員考核表 <input type="checkbox"/> 附件 4：工作資歷證明					

申請人簽名：\_\_\_\_\_