

附表 1

臺北市府衛生局照顧管理專員提敘申請表

1060626 初版

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/薪點				原月支報酬			
擬提敘職等/薪點				擬提敘月支報酬			
目前工作項目							
☐ 照顧管理專員 (____薪點；月支報酬____元)		☐ 擔任本市或他縣市照顧管理人員，可提敘年資共計__年。 ☐ 服務於評鑑或督考甲等以上之護理之家、居家護理所、日間照顧中心、老人福利機構等長照機構，可提敘年資共計__年。					
備註	一、本書表適用於照顧管理專員。 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。 ☐ 附表 1：臺北市府衛生局照顧管理專員提敘申請表 ☐ 附表 2：臺北市府衛生局照顧管理人員服務經歷表 ☐ 附表 3：臺北市府衛生局照顧管理專員考核表 ☐ 附件 4：工作資歷證明						

申請人簽名：_____