

附表四 勞工體格及健康檢查認可醫療機構申請書

醫療機構名稱(機構代碼)：					
醫療機構地址：					
開業執照字號：			代表人/負責醫師：		
勞工健檢聯絡人：			聯絡電話：		
申請認可類別： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 異常氣壓) <input type="checkbox"/> 巡迴( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音))					
辦理勞工體格(健康)檢查業務概況(初次申請者不適用)：					
<input type="checkbox"/> 申請日前三年內，辦理勞工一般體格及健康檢查之人次      人，其中 巡迴健康檢查之人次      人(不同年度請分別填寫；非申請巡迴者 免填巡迴健康檢查之人次)。					
<input type="checkbox"/> 申請日前三年內，辦理勞工特殊體格及健康檢查之人次      人，其中 巡迴健康檢查之人次      人(不同年度請分別填寫；非申請巡迴者 免填巡迴健康檢查之人次)。					
是否為全民健康保險特約之保險醫事服務機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
是否經中央衛生福利主管機關醫院評鑑合格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫院評鑑效期：					
有否巡迴X光車： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有(非申請巡迴者免填)					
租用 (或自備)	車號	行車 執照	設備登記字號	製發日期 (>每5年登記 備查日期)	租約期限 (年月日)
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
有否移動式之聽力檢查室(亭)： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有(非申請巡迴者免填)					
租用 (或自備)	車號	行車 執照	3年內 檢測日期	可容許最大背景 噪音量符合附表3	租約期限 (年月日)
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
有否核准登記之高壓氧設備： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 自備 <input type="checkbox"/> 租用租約期限：      )					
有否具備第十七條第四項所定項目之檢驗設備： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否(委辦機構：      合約期限：      )					
茲檢附：					
<input type="checkbox"/> 申請書(格式如附表四至附表六，醫事人員應另檢附執業執照及附表 一、附表二規定之訓練合格證明影本)					
<input type="checkbox"/> 全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。					
<input type="checkbox"/> 中央衛生福利主管機關醫院評鑑結果之證明文件影本。					
<input type="checkbox"/> 經衛生主管機關登記診療科別資料影本。					
<input type="checkbox"/> 職業醫學科專科醫師證明及執業執照影本。					

- 胸腔科專科醫師證明及執業執照影本(申請粉塵作業者檢查之醫療機構適用)。
- 耳鼻喉科專科醫師證明及執業執照影本(申請噪音作業者檢查之醫療機構適用)。
- 直轄市、縣(市)衛生主管機關核准登記之高壓氧設備證明文件(申請異常氣壓作業者檢查之醫療機構適用)。
- 自申請日起有為期一年以上之租用高壓氧設備證明影本(申請異常氣壓作業者檢查之醫療機構適用，自備者免附)。
- 具備辦理勞工健康保護規則所定檢查項目之檢驗(查)設備。
- 最近三年內聽力檢查室符合附表三可容許最大背景噪音量之測定紀錄影本(申請噪音作業者檢查之醫療機構適用)。
- 移動式之聽力檢查室(亭)之合格證明影本(申請巡迴噪音作業者檢查之醫療機構適用)。
- 自申請日起有為期一年以上之租用移動式之聽力檢查室(亭)證明文件影本(申請巡迴噪音作業者檢查之醫療機構適用，自備者免附)。
- 合格之巡迴 X 光車執照證明影本(含行車執照、行政院原子能委員會可發生游離輻射設備登記證明)。
- 自申請日起有為期一年以上之租用合格巡迴 X 光車之證明影本(自備合格巡迴 X 光車者免附)。
- 有三年以上辦理勞工體格及健康檢查實務經驗證明影本。
- 檢查項目取得第三者認證機構之有效認證證明影本或經中央主管機關指定公告為特定檢查項目之檢驗機構證明文件影本(自行檢驗第十七條第四項所定檢驗項目之醫療機構適用)。
- 委託符合第十七條第五項所定資格機構辦理特定檢查項目檢驗之證明文件影本。
- 當地勞工主管機關會同衛生主管機關專案推薦申請文件、依醫事檢驗品質需求，訂定品質管控程序之證明文件，及委託符合第十二條第二項規定機構辦理之證明文件影本(偏遠或離島地區未符合第四條及第五條規定之醫療機構適用)。

醫療機構全銜：

代表人/負責醫師： \_\_\_\_\_ 簽章

填表日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(以下各欄位由直轄市、縣市主管機關勾選填列)

勞工及衛生 主管機關審 查結果：	申請認可類別	符合 規定	不符合 規定	備註
	<input type="checkbox"/> 一般			
	<input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音 <input checked="" type="checkbox"/> 異常氣壓)			
	<input type="checkbox"/> 巡迴〔 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 (含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音)〕			