附件八

_____醫院_____年第____次職業傷病通報補助表

所屬認可醫療機構醫院名稱：

編號	傷病診斷類別	疑似職業病或職業病/職業傷害ICD分類	系統編號	網絡醫院名稱	通報醫師	個案姓名	身分證字號	品質審查通過日期

註：1.請網絡醫院依第九點第四款規定於右上角蓋印。

2.個案姓名及身分證字號等個人資料請予以適當遮隱(如王○明，A12345****)，以避免個案資料外洩。