

附件一

全國職業傷病診治網絡醫院及職業傷病通報者申請書

一、申請類別： 職業傷病診治網絡醫院
 (一般網絡醫院 離島地區網絡醫院)
 職業傷病通報者(請擇一勾選)

二、參加區域：__區認可醫療機構(僅限參加所在地區之一家認可醫療機構)
 認可醫療機構名稱：○○醫院

三、申請加入日期：中華民國__年__月__日

四、申請醫療機構名稱(或通報醫師姓名)：_____
 聯絡地址：_____
 證明文件：醫療機構開業執照證明影本
醫師執業執照證明影本(請勾選)

五、醫療機構負責人：_____ (申請職業傷病通報者免填)

六、醫療機構開設門診之醫師姓名：_____；簽名：_____
 證明文件：具職業醫學科專科醫師證明影本
 (申請職業傷病通報者免填)(開設門診各該時段，若為2位醫師以上輪值時，須逐一填寫其姓名)

七、每週開設職業傷病門診時間(請打勾)：

時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午							
下午							
夜間							

證明文件：本門診時間列於醫院門診時間表或公告於醫院網頁之證明文件影本。若門診為其他診治科別所提供之服務，亦應有可同時提供勞工職業傷病門診之說明文字，例如：家庭醫學科(同時提供職業傷病門診)。(申請職業傷病通報者免填)

八、通報者/醫師姓名：_____；職稱：_____；服務單位(科別)：_____
 生日：_____；身分證字號：_____；聯絡電話：_____
 傳真：_____；E-mail：_____
 (以上資料僅作為通報系統帳號申請使用)

九、認可醫療機構：○○醫院
 職業傷病診治整合服務中心主持醫師簽名：_____
 中華民國__年__月__日 (申請職業傷病通報者免填)

十、財團法人職業災害預防及重建中心
 承辦單位：_____職醫副執行長：_____執行長：_____
 中華民國__年__月__日

十一、登錄日期：中華民國__年__月__日

※登錄日期為勞動部核定通過之發文日期。