

附件三

全國職業傷病診治網絡醫院異動申請書

一、醫療機構名稱（或通報者醫師姓名）：_____

申請異動情形 新增 刪除

職業傷病診治門診時間（三個月以上門診時間異動申請）

職業傷病診治通報醫師資料

二、參加區域：_____ 認可醫療機構

三、申請加入日期：中華民國____年____月____日

四、醫療機構醫師姓名：_____；簽名：_____

證明文件： 具職業醫學科專科醫師證明影本

服務單位（科別）：_____；職稱：_____；

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）

五、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）。

八、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

九、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、備查日期：中華民國____年____月____日

※登錄日期為勞動部核定備查之發文日期。