

114 年辦理勞工健康服務之醫院或診所服務品質查核申請書

一、機構基本資料			
機構名稱			
機構地址			
辦理勞工健康服務聯絡人		聯絡電話	
電子信箱			
二、人員設置概況			
提供勞工健康服務人員	總人數_____人 醫師_____人（職業醫學科專科醫師____人；勞工健康服務醫師____人） 護理人員_____人 相關人員_____人（心理師____人；職能治療師____人；物理治療師____人） 其他人員_____人（請說明：_____）		
三、辦理勞工健康服務業務概況			
1. 申請查核前一年度，辦理勞工健康服務事業單位家數：_____家(例如 114 年申請查核，請填列 113 年 1 月 1 日至 12 月 31 日辦理勞工健康服務之家數)。 2. 查核當年度，辦理勞工健康服務事業單位家數：_____家（統計至 114 年 2 月 28 日）。 3. 機構曾經受勞動部職業安全衛生署或其委託之執行單位查核： ☐ 是，查核結果為：_____ ☐ 否			
茲聲明以上記載及所附文件均屬實，有虛偽不實情事者，願負一切法律責任，絕無異議。			
申請機構全銜：_____ (蓋印) 代表人 / 負責醫師：_____ (蓋印) 申請日期： 年 月 日			
以下資料由執行單位填寫			
審核結果	☐ 安排本年度品質查核。 ☐ 未能安排於本年度品質查核：(原因)_____。 審核日期： 年 月 日		