附件一 勞工體格及健康檢查認可醫療機構檢查品質及管理分級訪查申請書

<table>
<tr><td colspan="3">一、認可醫療機構基本資料</td></tr>
<tr><td colspan="3">醫療機構名稱：</td></tr>
<tr><td colspan="3">醫療機構地址：</td></tr>
<tr><td colspan="3">開業執照字號：　　代表人/負責人醫師：</td></tr>
<tr><td colspan="3">勞工健檢聯絡人：　　聯絡電話：
電子信箱：</td></tr>
<tr><td colspan="3">二、認可之類別</td></tr>
<tr><td colspan="3">□一般
□特殊(含□噪音□粉塵)
□巡迴(□一般□特殊(含□噪音□粉塵)</td></tr>
<tr><td colspan="3">三、認可醫療機構辦理勞工體格(健康)檢查業務概況</td></tr>
<tr><td colspan="3">□申請訪查之前一年度，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(如 105 年申請訪查，請填列 104 年 1 月 1 日至 12 月 31 日檢查人次)。
□申請訪查之前一年度，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(若同一勞工進行二種作業之檢查，人次以 2 計算)。
□醫療機構曾經勞動部職業安全衛生署或其委託之執行單位訪查否: □是 □否
□醫療機構近二年曾經主管機關查核，並有違反規定之情否: □是 □否
□請檢附申請年度最後一次向主管機關報備之辦理勞工體格及健康檢查之醫事人員清冊。</td></tr>
<tr><td colspan="3">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。</td></tr>
<tr><td colspan="3">申請醫療機構全銜：　　(蓋印)
代表人/負責醫師：　　(蓋印)
申請日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">以下資料由勞動部職業安全衛生署或執行單位填寫</td></tr>
<tr><td rowspan="2">審核情形</td><td>初審</td><td>□安排本年度實地訪查。
□未能安排於本年度實地訪查：(請說明原因)_____。
初審人員簽章_____　初審日期:　年　月　日</td></tr>
<tr><td>複審</td><td>□預計安排於___年___月___日實地訪查。
□未能安排於本年度實地訪查，並請於___年___月___日通知該醫療機構。
複審人員簽章_____　複審日期:　年　月　日</td></tr>
</table>