**高雄市立民生醫院**

**員工關懷輔導申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 員工單位 |  | 員工姓名 |  | 日期 |  | 聯絡電話 |  |
| 轉介來源 | □本人 □單位主管 □其他  |
| 申請原因 | □心理適應 □人際適應 □生活適應 □職業適應□其他( ) |
| 問題描述 |  (以上欄位由申請人或服務單位填寫) |
| 處理概要  |
| 請確認□同意 □不同意 接受醫院所安排之員工關懷輔導，在下方處簽名。 **簽名**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |