

## 高雄市立民生醫院 公傷假報告書

申請人		單位		職稱	
傷病名稱					
擬申請公傷假期間		自 年 月 日 時 分起， 至 年 月 日 時 分止，共 月 日			
發生原因及經過		時間： 年 月 日 時 分 地點： _____ 佐證人員： <input type="checkbox"/> 無佐證人員 <input type="checkbox"/> 有，姓名：（請證明人親自簽名）_____			
		與當事人關係： _____ 發生經過：（請詳細敘明）			
證明文件		<input type="checkbox"/> 1、公立醫院或全民健保特約醫院（不含診所及其他醫療機構）之診斷證明書。 <input type="checkbox"/> 2、上下班往返交通必經路線圖。 <input type="checkbox"/> 3、如係車禍意外者，應具警察機關開立之道路交通事故鑑定筆錄等相關文件。 <input type="checkbox"/> 4、未屬車禍事件者，應檢具足資證明直接送醫之時間之相關佐證資料 <input type="checkbox"/> 5、其他			
單位主管		人事室		首長批示	