

附表四 勞工體格及健康檢查認可醫療機構申請書

醫療機構名稱:				
醫療機構地址:				
開業執照字號:		代表人/負責醫師:		
勞工健檢聯絡人:		聯絡電話:		
申請認可類別: <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音) <input type="checkbox"/> 巡迴( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音))				
是否全民健康保險特約醫療機構: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
是否經中央衛生福利主管機關醫院評鑑: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫院評鑑結果: <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 優等 <input type="checkbox"/> 特優				
有否巡迴X光車: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 自備 <input type="checkbox"/> 租用) <input type="checkbox"/> 否		X光設備執照號碼:		車號:
有否巡迴聽力檢查車(室): <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 自備 <input type="checkbox"/> 租用) <input type="checkbox"/> 否				
茲檢附: <input type="checkbox"/> 申請書(格式如附表四至附表六,醫事人員應另檢附執業執照及職業醫學、職業衛生護理訓練合格證明影本) <input type="checkbox"/> 全民健康保險特約醫療機構證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 中央衛生福利主管機關醫院評鑑結果之證明文件影本。 <input type="checkbox"/> 經衛生主管機關登記床數及診療科別資料影本。 <input type="checkbox"/> 職業醫學科專科醫師證明及執業執照影本。 <input type="checkbox"/> 胸腔科專科醫師證明及執業執照影本(申請粉塵作業者檢查之醫療機構適用)。 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科專科醫師證明及執業執照影本(申請噪音作業者檢查之醫療機構適用)。 <input type="checkbox"/> 最近三年內聽力檢查室符合附表一可容許最大背景噪音量之測定紀錄影本(申請噪音作業者檢查之醫療機構適用)。 <input type="checkbox"/> 為期一年以上之租用巡迴聽力檢查車證明文件影本(申請巡迴噪音作業者檢查之醫療機構適用) <input type="checkbox"/> 合格之巡迴X光車執照證明影本。 <input type="checkbox"/> 為期一年以上之租用合格巡迴X光車之證明影本(自備合格巡迴X光車者免附)。 <input type="checkbox"/> 有三年以上辦理勞工體格及健康檢查實務經驗證明影本。 <input type="checkbox"/> 檢查項目取得第三者認證機構認證之有效證明影本。				
醫療機構全銜: 代表人/負責醫師: _____ 簽章 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日				
(以下各欄位由直轄市、縣市主管機關勾選填列)				
勞工及衛生主管機關審查結果:	申請認可類別	符合規定	不符合規定	備註
	<input type="checkbox"/> 一般			
	<input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音)			
	<input type="checkbox"/> 巡迴 [ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音)]			

備註: