

高雄市立中醫醫院職名章製(補)發申請表

單位	職稱	姓名	事由		
			<input type="checkbox"/> 新職 <input type="checkbox"/> 原職名章破損不堪使用 (原職章須繳回) <input type="checkbox"/> 遺失或非正常使用之損壞 (請說明原因 _____) <input type="checkbox"/> 其他 _____		
申請人		單位主管		院長	
		人事室			
拓模	甲種職名章 機關首長、副首長暨秘書用 (請拓模於下方長框) 拓模處		乙種職名章 各機關一級單位主管 (請拓模於下方長框) 拓模處		丙種職名章 承辦人員 (請拓模於下方長框) 拓模處
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

※本表會畢後存於人事室。