

勞動部職業安全衛生署（南區）成大職業傷病防治中心

職業傷病勞工服務需求轉介單

個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日
居住縣市					
聯絡方式	手機： 家用電話： -	電子信箱	(無可省略)		
個案問題					
轉介目的	<input type="checkbox"/> 1. 職業病診治	<input type="checkbox"/> 5. 失能評估/勞動能力減損評估			
	<input type="checkbox"/> 2. 復配工協助	<input type="checkbox"/> 6. 職災權益/勞保給付諮詢			
	<input type="checkbox"/> 3. 工作能力評估	<input type="checkbox"/> 7. 疑似群聚事件			
	<input type="checkbox"/> 4. 工作強化訓練	<input type="checkbox"/> 8. 其他，說明： _____			
轉介人員		轉介日期	民國 年 月 日		
聯絡方式		電子信箱			
轉介單位	<input type="checkbox"/> 1. _____ 社區發展協會	<input type="checkbox"/> 2. _____ 文健站			
	<input type="checkbox"/> 3. _____ 原家中心	<input type="checkbox"/> 4. _____ 原住民族委員會			
	<input type="checkbox"/> 5. _____ 專管中心				
	<input type="checkbox"/> 6. _____ 衛生局長照管理中心				
	<input type="checkbox"/> 7. _____ 衛生所(衛生室)				
	<input type="checkbox"/> 8. _____ 社會局/社會處				
	<input type="checkbox"/> 9. 其他，說明： _____				
承辦單位	勞部部職安署委託成大醫院辦理南區職業傷病防治中心				
承辦人員		聯絡資料	連絡電話		
簽章			E-mail		
轉介結果回覆：					

\*填寫完成可傳真至(06)2757689 或郵寄至 chiali16@gmail.com；諮詢專線:(06)2353535 分機 4937~4939