

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