

附表二 勞工體格及健康檢查醫療機構申請書

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：		
申請辦理類別： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 塵肺 <input type="checkbox"/> 噪音) <input type="checkbox"/> 巡迴(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 塵肺 <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： <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(格式如附表二至附表四，醫事人員應另檢附執業執照影本) <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(申請塵肺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(申請噪音作業勞工聽力檢查醫療機構適用)。 <input type="checkbox"/> 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(申請噪音作業勞工聽力檢查醫療機構適用)。 <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(申請巡迴噪音作業勞工聽力檢查醫療機構適用) <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之有效合格認證證明影本。				
直轄市政府 縣(市)政府		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：	申請辦理類別	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"/> 塵肺 <input type="checkbox"/> 噪音)			
	<input type="checkbox"/> 巡迴 [<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 (含 <input type="checkbox"/> 塵肺 <input type="checkbox"/> 噪音)]			

備註：