**臨場輔導申請表**

申請日期: 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名稱 |  | 員工人數 | 本國籍 人 (男: 女: )外國籍 人 (男: 女: ) |
| 公司地址 | □□□-□□ |
| 負責人 |  | 行業別 |  | 統一編號 |  |
| 聯絡人 |  | 職稱 |  |
| 連絡電話 | ( ) | 傳真 | ( ) |
| 聯絡人e-mail |  |
| 公司主要產品 |  |
| 輔導需求(請勾選，可複選) | * 職場健康管理事項
* 職場防疫
* 臨場健康相關經費補助
* 改善工作環境及職場勞工身心健康補助
* 中小企業臨場健康服務補助計畫
* 其他：

※若針對勾選項目有疑問歡迎來電諮詢(06)213-5101 |
| 希望服務時段 | 民國 年 月 日 ～民國 年 月 日(中心人員將主動與您聯絡，規劃訪視行程、與訪視日期)。 |

※請填妥以上資料後mail至勞工健康服務專案輔導計畫辦公室，e-mail：stwhs2015@gmail.com

派案日期:民國 年 月 日