**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