

嘉義市政府衛生局執行處遇機構調動申請書

本人_____因故欲申請處遇機構之調動，並同意 嘉義市政府衛生局 協助轉介至_____安排後續處遇計畫。

1. 應執行處遇計畫之項目：_____
2. 處遇計畫履行期限：_____
3. 目前執行情形：_____
4. 申請調動之原因：戶籍地變更居住地變更工作因素就醫住院就學服兵役出境其他(請說明)：_____
5. 注意事項：依家庭暴力防治法第 61 條規定，違反法院命令未完成加害人處遇計畫者，將處 3 年以下有期徒刑、拘役或併科新台幣 10 萬元以下罰金；另依家暴加害人處遇計畫規範第 12 條規定，處遇計畫進行期間，若有不接受處遇計畫、接受時數不足或有恐嚇、施暴，且明顯於保護令裁定期限內無法完成者，將通知警政機關依法處辦。

此敬

嘉義市政府衛生局

申請人(代理人)：_____ / 身分證字號：_____

戶籍地址：_____

現住地址：_____

聯絡電話：(住宅) _____ / (手機) _____

緊急連絡人(關係)：_____ / (連絡電話) _____

本人已確認前述相關資料無誤，並已知悉相關規定，請簽名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※填畢後，請務必於 **3 日內** 以傳真或掛號回傳嘉義市政府衛生局心理健康科，並請來電確認。

※電話：05-2338066 轉 416、傳真號碼：05-2318868、地址：600 嘉義市德明路 1 號。