

# 嘉義市政府衛生局執行處遇計畫/請假/機構或時段異動申請書

## 一、處遇計畫項目：

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：\_\_\_\_\_

## 二、申請原因(請勾選)：

項目	原因	請假日期或變更內容	檢附證明資料
請假	<input type="checkbox"/> 工作因素 <input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 入監 <input type="checkbox"/> 服兵役 <input type="checkbox"/> 出境 <input type="checkbox"/> 其他：_____	請假日期：_____  <input type="checkbox"/> 有證明文件 <input type="checkbox"/> 無證明文件	1. 工作證明(打卡紀錄/班表) 2. 入伍證明 3. 就醫/住院證明(收據) 4. 在監證明 5. 出國者:護照/簽證/機票/入出國證明
換機構	<input type="checkbox"/> 工作因素 <input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 居住地或戶籍地變更 <input type="checkbox"/> 其他：_____	東區： <input type="checkbox"/> 本市社區心理衛生中心 <input type="checkbox"/> 聖馬爾定醫院 <input type="checkbox"/> 嘉義基督教醫院 西區： <input type="checkbox"/> 衛福部嘉義醫院 <input type="checkbox"/> 榮總嘉義分院	
換時段	<input type="checkbox"/> 工作因素 <input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 居住地或戶籍地變更 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 假日	
請假、換處遇機構或換時段原因說明：			

## 三、申請人資料：

申請人姓名		身分證字號		連絡電話	
戶籍地址					
現住地址					
緊急聯絡人姓名		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社區心理衛生中心，並請來電確認。

※電話：05-2255155 轉 36、傳真：05-2255205，地址：600 嘉義市東區彌陀路 255 號。

**※本處遇計畫注意事項：**

- 一、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。
- 二、如有請假或缺席情形，請於事發前後三日內填寫請假單，並事後仍須補足課程。
- 三、如臺端無法於法院裁定有效期限內完成處遇，請務必於 1 個月前向法院申請變更處遇計畫，倘未能於本處遇計畫有效期限內完成變更，本局將依法移請警政機關處辦。
- 四、如有任何問題，請於上班時間週一至週五(08:30-12:00、13:30-17:30)，電洽嘉義市社區心理衛生中心 05-2255155 轉 36。