

社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金申請表

事發時間： 年 月 日 時 分			
事發地點：			
事發經過：			
該醫療院所負責人/主管之處理原則：			
希望公會如何協助：			
申請人姓名：		所屬之公會名稱：	申請人簽章：
申請日期：民國 年 月 日			
本人或聘雇單位投保醫療責任險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
申請人服務機構			電子信箱
申請人聯絡電話	(公)		(手機)

以下部份申請人勿填

審查結果：		核發 補助 金額
【 】主任委員：_____ 日期：_____		

理事長：

財務委員會主任委員：

秘書長：