

**醫療衛生單位辦理勞工體格及健康檢查申請書**

事業單位名稱：	地址：
醫療衛生單位名稱：	地址：
醫療衛生單位開業執照字號：	負責醫師：
聯絡人：	聯絡電話：
X光設備執照號碼：	
是否為全民健康保險特約醫療機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
申請類別：勞工 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊      體格及健康檢查	
依勞工健康保護規則第五條規定，申請辦理所屬事業單位勞工體格及健康檢查	
此致	
市	
政府	
縣（市）	
事業主名稱	簽章
事業經營負責人：	
審查結果：	