

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

機構學員上課證明申請書 (機關任職人員版)

日期： 年 月 日

申請者姓名			
身分證字號			
機關全銜			
連絡電話			
查詢起迄日期	西元	年	月 日 ~ 年 月 日
E-mail 信箱(務必提供)			
申請人員資料 (欄位不足請 另紙填寫)	姓名	身分證字號	
申 請 切 結			
本機構因業務需要茲向醫策會申請本機構人員之上課記錄證明，本申請已取得被查詢當事人之同意，本機構並對申請文件負保管責任。以上陳述均為屬實，如有不實情事，願負法律責任。			
<u>機構簽章</u>		<u>申請人簽章</u>	
中華民國 年 月 日			

※ 備註：

1. 僅提供申請人員任職於申請機構之上課資料，非於任職機構期間之資料恕不提供。
2. 本申請書概以紙本正本申請，本會收函後，將以 E-mail 回覆申請資料。

申請書郵寄地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓 資訊 收
連絡電話：02-89643000