

社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會
職能治療人員感染COVID-19慰問金申請表

申請會員姓名		出生年月日		申請日期	
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	身分證字號		確診日期	
聯絡電話		電子郵件信箱		所屬公會	
戶籍地址					
通訊地址					
代理人姓名		出生年月日		與會員關係	
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	身分證字號		代理原因	
聯絡電話		電子郵件信箱			
戶籍地址					
通訊地址					
檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 各級衛生主管機關開立之隔離治療通知書(證明) <input type="checkbox"/> 醫院出具感染COVID-19之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 地方公會出具會員資格證明 <input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 領據 染疫人員亡故時另備： <input type="checkbox"/> 亡故者除戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本				
<input type="checkbox"/> 本人所提有關證明文件均無虛偽不實，若有不實，同意中華民國職能治療師公會全國聯合會撤銷本慰問金，並於接獲通知十日內一次返還領取之全部款項，並承擔所有法律責任，特此具結。					
具結人簽章：			具結日期：		
收件人	審查結果		審核人		
	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合				
秘書處	財務委員會		理事長		