**臺北醫學大學附設醫院**

**非本院員工之工作者投保與健康檢查完成聲明及名冊**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填寫日期： | | |  |
| 承攬作業（工作內容）： | 作業期間： | 承攬商（機構、單位）填寫人員【承攬商工作場所負責人或職業安全衛生人員/機構承辦人員】簽章： | |
| 承攬商（機構、單位）： | 承攬商（機構、單位）負責人： |
| **聲明與願意配合事項：**   1. 本公司（機構、單位）至貴院所有工作人員之投保及體格健康檢查皆已確實完成、填報至名冊中且核對無誤；如有任何不實或錯誤之處，願負完全責任。 2. 所有人員體格健康檢查項目與期限符皆符合政府法規及貴院之感染管制室與認證評鑑相關規定。 3. 所有人員體格健康檢查結果皆無不適合從事至貴院工作內容之情形，且工作之指派皆已確認無「勞工健康保護規則」附表11考量不適合從事作業之疾病。 4. 本公司（機構、單位）願配合貴院業管單位、職安室及勞工健康服務醫師與護理師等，依法規調閱或稽查工作人員之投保及體格健康檢查資料。   ※承攬商須檢附保險證明，保險須為勞工保險、職災保險；其他機構、單位須為勞工保險、職災保險或其他經本院認可之保險。  ※人員新進或異動時，承攬商（機構、單位）應即更新名冊並繳交本院。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **職稱** | **姓名** | **身分證 字號** | **性別** | **出生日期**  **(YYY/MM/DD)** | **勞工保險證號 或其他投保證明** | **體健檢 日期** | **體健檢類別** | **血型** | **緊急 聯絡人** | **緊急聯絡人 電話** |
| 1 | 承攬商負責人 | 例：趙孫理 | A987654321 | 男 | 099/12/01 | 87654321M | 099/12/01 | 二甲基甲醯胺 | AB | 歐陽司馬 | 0987654321 |
| 2 | 現場負責人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 職安衛人員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 工作人員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 工作人員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※表格列數不足時，請自行增例。