|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臺中市政府衛生局  **附件1**  長期照顧服務人員認證申請書  □僅限郵寄申請 113.2.5修正 | | | | | | | | | |
| 申請日期 | 年　 月　 日 | | | | | | | | |
| 申請認證 類別 | □照顧服務人員（□照顧服務員 □生活服務員 □家庭托顧服務員）  □居家服務督導員 □教保員 □社會工作人員□社會工作師 □醫事人員  □照顧管理專員(一般區) □照顧管理專員(偏遠地區) □照顧管理督導  □社區整合型服務中心個案管理人員 | | | | | | | | |
| 申請人 基本資料 | 姓名 |  | | | 性別 | | □男　 □女 | | 照片黏貼處  (近3個月內脫帽1吋照片) |
| 身分證字號 | | |  | | | | |
| 出生日期 | | 民國 年 月 日 | | | 國籍 | |  |
| 原住民 | | □是 □否 |
| 最高學歷  (必填) | | □無 □國小 □國中 □高中(職) □專科 □大學 □碩士 □博士 | | | | | | |
| 連絡電話(必填) | |  | | | | | | |
| 通訊地址  (必填) | |  | | | | | | |
| 電子郵件  (必填) | |  | | | | | | |
| 語言  (必填) | | □國語 □台語 □客家語 □原住民語(不限族別) □英語(可複選) | | | | | | |
| 申請人簽名： | | | | | | | | | |
| 衛生局 審核 | 【以下由衛生局人員填寫】  □ 經審核符合規定，准予認證 件  □ 經審核與規定不符，檢還原件 件 | | | | | | | 第四層決行  批示： | |

身分證背面黏貼處

**溫馨小提醒，申請及繳費流程請參閱:**

1. 需檢附本市衛生局長期照顧服務人員認證申請書、申請認證類別之相關佐證資料及**郵政匯票100元**(**非郵票，**郵政匯票受款人僅需填寫「**臺中市政府**」)，俾利繳費行政作業。
2. 另戶籍所在地非本市市民者，需檢附欲登錄之長照服務機構、長照特約單位、照管中心之聘僱證明。
3. 請以郵寄掛號方式寄送至**臺中市政府衛生局-長期照護科**(住址:420206臺中市豐原中興路136號)，信封請註明「申請長照人員小卡」。

身分證正面黏貼處

照片黏貼處

(近3個月內脫帽1吋照片)

浮貼