驗章處

# 護理人員名冊

機構名稱:　　（單位圖記）
負 責 人:　　（簽章）

| 序 號 | 姓　名 | 身 分 證 字 號 | 出生日期 | 簽　　章 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

總　計：　　人

**本名冊所填寫資料於送件時，請確認上開護理人員仍在職並依規定參加勞工保險，且不得同時擔任機構內本國看護工職務，如有不實之情事者，除本申請案不予許可外，將移請直轄市、縣(市)政府處新臺幣 30 萬元以上 150 萬元以下罰鍰**

備註:（1）請加蓋機構圖記、負責人章及護理人員印章。
（2）以長期照護機構、養護機構、安養機構、財團法人社會福利機構、護理之家或長期照顧服務機構申請者，本名冊正本需經目的事業主管機關驗章。

年　　月　　日