

天主教聖心學校財團法人新北市聖心女子高級中學

教職員工保健體檢申請表

申請日期：中華民國 年 月 日

姓 名	(簽章)			職 稱			
身分證 字號				出 生 年 月 日			
性 別		到職日		服 務 年 資	專任年資滿 年		
本 校 服 務 經 歷	職 稱		專兼任	起 迄 年 月 日		任 教 科 目	
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
申請補助 類別 (僅能擇 一勾選)	☐ 年資滿 10 年(補助上限1萬元) ☐ 年資滿 20 年(補助上限1萬5000元) ☐ 年資滿 30 年(補助上限2萬元) ☐ 年資滿 40 年(補助上限3萬元) ☐ 年滿 40 歲以上，連續服務滿 3 年(限額 2000 元) ☐ 未滿 40 歲，連續服務滿 5 年(限額 1000 元)						
預定 檢查日期	1. 年 月 日至 年 月 日或						
	2. 年 月 日至 年 月 日						
審 核	人事簽章						
	會計簽章						
	校長簽章						
備 註							