

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	1、申請表親送各審核單位核章，全部核章完成後請自行留存。 2、經費核銷時，需檢附貼有收據(發票需載明統編:37304103)之支出憑證黏存單及已核章之申請表。核銷作業須於該學年會計年度結帳前(7月26日前)完成。 例：114 年 11 月申請者，應於 115 年 7 月 26 日前核銷完成； 115 年 7 月申請者，亦須於 115 年 7 月 26 日前核銷完成。				