財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

機構學員上課證明申請書

日期：　年　月　日

申請者姓名		
身分證字號		
機關全銜		
連絡電話		
查詢起迄日期	西元　　年　　月　　日～　　年　　月　　日	
E-mail 信箱		
申請人員資料（欄位不足請另紙填寫）	姓名	身分證字號

申　請　切　結

本機構因業務需要茲向醫策會申請本機構人員之上課記錄證明，本申請已取得被查詢當事人之同意，本機構並對申請文件負保管責任。以上陳述均為屬實，如有不實情事，願負法律責任。

機構簽章：

中華民國　　年　　月　　日

※ 備註：

1. 僅提供申請人員任職於申請機構之上課資料，非於任職機構期間之資料恕不提供。
2. 本申請書概以紙本正本申請，本會收函後，將以 E-mail 回復申請資料。

申請書郵寄地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓　資訊 收

連絡電話：02-29634055

101.11.15 修訂