新北市護理師護士公會　函

地址:新北市板橋區民生路三段十七號八樓

承辦人:李小姐

電話:22580517-13傳真:22520784

各會員服務機構

中華民國110年9月3日

新北護理字第110059號

慰問金申請單及收據

主旨：本會辦理110年度會員關懷活動，關懷對象為Covid-19確診會員，請轉知符合資格之會員申請 ，請　查照。

說明：本次關懷方式採慰問金發放，檢附Covid-19確診慰問金申請單及收據**，**請於111年1月15日前提出申請，以利核撥慰問金。

各會員服務機構

副本： 本會會員委員會



**新北市護理師護士公會**

**110年度會員關懷--Covid-19確診慰問金申請單及收據**

**110.9.1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 會員姓名： | | 會員號： | | | |
| 身份證字號 |  | 生日 | 民國 年 月 日 | |
| 服務單位/部門： | | 服務單位電話及分機：  手機： | | | |
| 入會日期：　 年 　 月　 日 | | 事實發生日（確診）：　 年 　月　 日 | | | |
| 110年1月1日至110年12月31日確診之會員，請於111年1月15日前提出申請，逾時不予受理 | | | | | |
| 戶 名：　　　 　　　　（需會員本人帳戶）  銀行(郵局)名稱：　　　　　　　銀行　　　　 　　 分行　 必填  帳 號： | | | | | |
| E mail(必填)：  慰問金以銀行帳戶匯款，匯款後將以mail通知 | | | | | |
| 證明文件(請擇一) | | | | 慰問金額 | |
| □ 診斷書 □ 居隔單 | | | | $2000 | |
| 申請人簽名 | | 單位主管簽名(蓋職章) | | | |
| \*單位主管核簽:醫療院所為護理最高主管；未執業之會員免主管簽核 | | | | | |
| 公會審核：　□符合 □不符合，說明  承辦人 　總幹事  審核日期： 年 月 日 | | | | | |