資料異動申請單

單號： 填寫日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | | 申請人 |  | |
| 連絡方式 | TEL( ) #  FAX( ) | | Email | @ | |
| 異動項目 | □管理員 □email □帳號/密碼 □身份證號 □服務單位 □記錄冊號  □跨組織權限 □教育訓練時數 □服務時數 □其他（　　　　　 　） | | | | |
| 異動資料 說明 | (例：原為 xxx 因 事由 改為 xxx) | | | | |
| 備註事項 |  | | | | |
| 申請單位  申請人  (請蓋章) |  | 申請單位  主管  (請蓋章) | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請單位  目的事業  主管機關  核定 | □已處理完畢 □轉由廠商處理 □其他 處理人員：  處理日期： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 中辦核定 | □已處理完畢 □轉由廠商處理 □其他 處理人員：  處理日期： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 廠商處理  情形 | □已處理完畢 □其他 處理人員：  處理日期： 年 月 日 |

註：1.本表申請人及申請單位主管務必核章，並傳真衛生福利部；本公司接獲衛生福利部核章之申請單後，將依授權可處理者，予以協助；惟如非本公司權限得以更改之事項，將轉呈**衛生福利部核准後辦理**。

　　2.若申請單內容為**異動/新增帳號權限、單位權限**，需由單位之**目的事業主管機關核章**後，再傳真至衛生福利部辦公室；本公司接獲衛生福利部核章之申請單後，將依授權可處理。

3.廠商電話：(04)37020625 傳真：(04)37020700 及 系統**線上報修**功能

4.**衛生福利部**辦公室電話：(049) 2332161-3277 傳真：(049) 2371016