

## 國立臺中科技大學

## 母性健康保護個案通報受理單

## 一、受理資料：

通報受理時間：

通報人	姓名		連絡電話/分機	
	單位		職稱	

## 二、母性健康保護對象資料：

單位		姓名		職稱	
連絡電話/分機		e-mail			
身分別	<input type="checkbox"/> 妊娠中，懷孕週數 _____ 週； 預產期：_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	<input type="checkbox"/> 分娩未屆滿一年，生產日：_____ 年 _____ 月 _____ 日； <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 剖腹； <input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 未哺乳				
工作內容					

母性健康保護對象(教職員工) 簽章：\_\_\_\_\_

所屬單位主管 簽章：\_\_\_\_\_

勞工健康服務護理人員 簽章：\_\_\_\_\_

勞工安全衛生管理人員 簽章：\_\_\_\_\_

環境與安全衛生中心 二級主管 簽章：\_\_\_\_\_

一級主管 簽章：\_\_\_\_\_