

附件三

## 臺中市醫事放射師公會 百年歸仙奠儀申請書

共同審查案件

公會通訊電話：04-2350-8025  
台中市西屯區 40767 工業區一路 6 巷 26 弄 5 號

公奠或死亡事實日：民國      年      月      日  
申請日期：民國      年      月      日

提醒您：請於公奠日前或死亡事實發生日起三個月內，擇一時限申請，寄至本會或理監事協助辦理。

申請人資料			
會員編號		申請人	
身分證號		手機	
聯絡地址			
E-MAIL		出生日期	民國      年      月      日
服務機構		入會日期	民國      年      月      日
服務科別		聯絡電話	
服務地址			
百年歸仙者資料 <input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 配偶			
百年歸仙者		關係	
事實發生日		會員編號	
<input type="checkbox"/> 會員歸仙者得題頒輓聯一幅。 <input type="checkbox"/> 會員歸仙者得擺置花籃一對。			
審查程序 (本欄以下由公會填寫) 召集人：			
共同 審查	事由：		
	福利委員會主任： <div style="float: right; text-align: center;">(簽章)</div> <input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 反對，理由：		
	會務委員會主任： <div style="float: right; text-align: center;">(簽章)</div> <input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 反對，理由：		
	權益暨法律政策委員會主任： <div style="float: right; text-align: center;">(簽章)</div> <input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 反對，理由：		
	審查決議： <input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 拒絕。 <div style="float: right;">審查日期：      年      月      日</div>		
核 對	<input type="checkbox"/> 檢附文件：訃聞，死亡證明書，申請人戶籍謄本或戶口名簿影本 (除戶謄本) 或出資證明。		
	<input type="checkbox"/> 公會派員，姓名與職稱：		
本會同意核發： <input type="checkbox"/> 奠儀或慰問金伍萬元整。 <input type="checkbox"/> 輓聯一幅。 <input type="checkbox"/> 花籃一對。 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 配偶 (奠儀或慰問金貳仟壹佰元/人) 共 _____ 元。			
簽 收	茲收到臺中市醫事放射師公會核發： <input type="checkbox"/> 奠儀或慰問金共 _____ 元整。 上項申請金額，如有虛報冒領等情事，切結人除退還所領金額外，並願負法律責任。		
	切結具領人 <span style="float: right;">(簽章)</span>		
秘書處	福利委員會	常務監事	理事長