**附件一：是否同意「呼吸治療師」比照護理師、護士納入危勞職務調查表**

醫院名稱：

編制人數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 姓名 | 職稱 | 是否同意**「呼吸治療師」**比照護理師、護士納入危勞職務 | 簽名 | 日期 |
| 1 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 2 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 3 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 4 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 5 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 6 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 7 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 8 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 9 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 10 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 11 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 12 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 13 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 14 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |
| 15 |  |  | □同意 □不同意 |  |  |

註:若表單不敷使用，敬請自行複印。

備註：

1. 簽名處請務必親簽掃描回傳E-mail：**rtsroc@gmail.com**或紙本回傳(**33305桃園市龜山區復興街5號2樓呼吸治療科**)洪麗茵秘書
2. 表格不足請自行新增