

臺中市藥師公會報備支援藥師申請單

1081107 修訂版

申請日期	年 月 日	編號	
最慢取消日期	年 月 日		
申請人	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 其他	連絡 電話	(室內) (手機)
申請支援 單位		地址	
申請支援 日期及時間			
希望支援藥師 人數(請勾選)	<input type="checkbox"/> (1) 堅持由 1 位藥師全包班 <input type="checkbox"/> (2) 不限定，只要有藥師支援即可 <input type="checkbox"/> (3) 不限定，支援藥師人數愈精簡愈佳		
待遇	時薪_____元		
加班費	每分鐘_____元（依勞基法規定）		
特別要求事項 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請註明要求_____		
備註 (請註明被支援 的藥師名字 及支援原因)			
注意事項	1.取消申請最慢需在申請日開始七天內，以書面方式辦理;而公會亦在申請日開始七天內給予答覆。 2.未符合規定取消申請，將影響下次申請的權益。 3.本會所設立的報備支援藥師平台，不保證一定找得到適合人選。		