

景文科技大學外送就醫紀錄單

一、傷患基本資料

發生日期	年 月 日	時間		地點	
姓 名		性別		年齡	
所屬單位		職稱		其他	

二、事件原因：

三、處理經過與結果：

填報人：_____

景文科技大學外送就醫交通補助費申請單

一、病患姓名：_____

二、系科班別（單位）：_____

三、送醫日期：_____年_____月_____日 時間：_____

四、送醫原因：_____

五、送醫地點：_____

六、送醫人員：_____ 教職員代碼：_____

七、單位主管（簽章）：_____ 學務長（簽章）：_____

備註：1. 資料填妥並簽核後，請協助送醫人員將本紀錄單送至健康中心，以製作印領清冊。

2. 交通費用申請以協助送醫的教職員工生（一位）為主。