

苗栗縣身心障礙福利服務機構 〇月 工作人員異動名冊

機構名稱：

職稱				
專任或特約	<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 特約			
姓名				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
出生日期				
身分證字號				
工作內容				
學歷				
經歷	-----			
聯絡地址				
電話				
異動日				
異動註記	<input type="checkbox"/> 新任人員 <input type="checkbox"/> 離職人員 <input type="checkbox"/> 職務異動 <input type="checkbox"/> 留職停薪			
國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (國籍：)			

備註：本表請於每月 5 日前以公文、傳真方式送苗栗縣政府社會處身障服務科承辦人彙整。