

公共衛生師建構教育衛生雙向合作及前進校園計畫

校園評估服務申請表

填表日期： 年 月 日

申請編號：

學校名稱			師生人數	學生：_____人(男： 女：)	教職員工：_____人(男： 女：)
學校地址					
聯絡人	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士	職稱		電話 ()	
				手機	
聯絡人 E-mail					
學校屬性	<input type="checkbox"/> 國立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 縣/市立 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 綜合高中 <input type="checkbox"/> 高中附設高職 <input type="checkbox"/> 完全中學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小				
評估需求 (請勾選，可複選) 依據各校需求，勾選需要協助評估的項目	環境健康風險	健康狀態調查與健康促進方案	疫病調查防制	食品安全風險與品質管理	
	<input type="checkbox"/> 校園環境規劃 <input type="checkbox"/> 永續循環校園 (SDGs)	<input type="checkbox"/> 師生健康檢查 <input type="checkbox"/> 校園青少年懷孕 <input type="checkbox"/> 學校與家庭、社區的合作	<input type="checkbox"/> 傳染病防制 <input type="checkbox"/> 傳染病監視 <input type="checkbox"/> 傳染病處置	<input type="checkbox"/> 學校午餐供應品質流程 <input type="checkbox"/> 強化校園食品安全	
請問貴校在健康與衛生議題中，是否有其他需要協助問題，請簡述？ Ex：腸病毒、紅火蟻、鼠疫等。 簡答：_____					
雙方保密事項	雙方同意如因執行本服務而知悉之資料，例如：執行評估時所接觸之各項資料，除法律另有規定外，雙方應負保密之義務。				
服務時段	民國 年 月 日 ~ 民國 年 月 日 (派案人員確認時間後，會與您通知入校時間)				
臺北市公共衛生師公會計畫執行單位填寫					
收案公衛師			收案日期		
收案區域	<input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 東	派案日期			
備註					
單位/職稱			簽章		