

**院舍輸入護理員特別計劃  
審批結果覆核申請書**

院舍名稱 \_\_\_\_\_ :

地址 \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_

\*牌照處檔號 /  
私營醫療機構編號  
\*LORCHE/LORCHD/PHF No. \_\_\_\_\_ :

申請編號 \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_

覆核內容：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

覆核理據：(請提供相關文件)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#申請者姓名： \_\_\_\_\_  
(正楷填寫)

#簽署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ #申請者蓋印

*\*請刪去不適用者*

#申請者姓名、簽署及蓋印應與「院舍輸入護理員特別計劃」申請表的申請者姓名、簽署及蓋印相同。如有變更，須提供相關證明文件及處理此文件的授權書

SWD-ICW-9