

**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