**衛生福利部照顧服務管理資訊平臺**

**居家失能個案家庭醫師照護服務提供單位**

**系統管理人員申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 首次申請 (請自訂系統帳號名稱： ) 更換系統管理人員 | | | | | | | |
| **一、申請單位** | | | | | | | |
| 單位名稱 | |  | | | | | |
| 所在縣(市) | |  | 統一編號 | |  | | |
| 單位地址 | |  | | | | | |
| **二、系統管理人員基本資料**  **(**此申請者權限可自行新增**隸屬單位**之成員帳號，並擁有該**隸屬單位**之最高權限) | | | | | | | |
| 申請者姓名 | |  | 身分證字號 | |  | 生日 |  |
| 戶籍地址 | |  | | | | | |
| 職 稱 | |  | 傳 真 | |  | | |
| 連絡電話 | |  | E-MAIL | |  | | |
| 機構  用印 | 機構章  負責人章 | | | 申請人簽名 |  | | |

備註：

1.申請表相關個人資料將依**電腦處理個人資料保護法**保密，並於建檔完後保留三年。

2.**每一單位僅能申請一位系統管理人員**，單位內其他人員的使用權限，請系統管理人員自行設定。

3.**已申請帳號之服務提供單位，請使用既有帳號**，請勿重覆申請。

4.申請人員填寫完畢，請簽名並由單位用印後，**交長期照顧管理中心建檔**。