

社會工作局
受資助社會服務機構醫療保險資助計劃
申請表

本機構 參加 / 不參加是次計劃 (必須填寫)

1. 機構名稱: _____
2. 地址: _____
3. 電話: _____ 傳真: _____
4. 機構負責人: _____ 職稱: _____ 電話: _____
5. 申請本計劃人員數目: _____

遞交文件：

1. 機構員工資料總表
2. 機構聲明書

申請機構負責人簽署及機構蓋章

日期： 年 月 日

本申請表可從社會工作局網頁：<http://www.ias.gov.mo> 下載
傳真請發送至社工局相關監管單位