

**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