

社會工作局
受資助社會服務機構醫療保險資助計劃
人員新增表格

1. 機構名稱: _____

2. 電話: _____ 傳真: _____

以下人員為本機構因新增職位而新聘之員工，該員工符合社工局“受資助社會服務機構醫療保險資助計劃”的參與資格，有關員工的聲明書已存機構備查。

新增人員資料			
姓名	身份證類別及號碼	年齡	入職日期 (dd/mm/yyyy)

申請機構負責人簽署及機構蓋章

日期： 年 月 日

註:機構請傳真或遞交至受本局監管部門