

112 年度臺北市政府衛生局 優良哺集乳室分級認證暨績優評選活動申請書

機構名稱 (請寫正式全銜)			
機構收文地址		臺北市_____區_____路_____	
機構負責人 (職稱/姓名)			
哺集 乳室 聯絡 窗口	姓名		單位/職稱
	電 話	分機	
	手 機		
	Email		
目前是否具有 優良哺集乳室認證		<input type="checkbox"/> 是，效期至 112 年，認證編號 6 碼為_____ <input type="checkbox"/> 否，從未參與過，今年度第 1 次申請	
自 111 年迄今是否 已接受轄區健康服務 中心實地輔導		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請先聯絡轄區健康服務中心完成實地輔導	
哺集乳室 實地認證 地 址		臺北市_____區_____路_____ <input type="checkbox"/> 同機構收文地址 哺集乳室所在樓層、位置：_____	
哺集乳室 屬 性		<input type="checkbox"/> 對外開放使用：哺集乳室內提供_____人使用 <small>※屬依法應設置之哺集乳室需對外開放使用</small> <input type="checkbox"/> 僅供內部員工使用	
是否同意衛生局登載服務資訊(含哺集乳室所在位 置、電話、開放時間等)於官網、臺北市資料大平台、 台北通等處供民眾瀏覽、利用，及對外提供民眾使 用哺集乳室?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(※依法應設置者不適用)	

本機構擬申請參加「112 年度臺北市政府衛生局優良哺集乳室分級認證暨績優評選活動」，並同意臺北市政府衛生局指派認證委員進行實地認證作業。

此致

臺北市政府衛生局

機構負責人簽章：

機構印鑑：

中 華 民 國 1 1 2 年 月 日

□□□□-□□

正貼
郵票

寄件者：

臺北市_____區

限時掛號

收件者：

臺北市_____區健康服務中心

母乳/哺集乳室業務承辦人 收

- **每間哺集乳室認證申請**，應檢附申請書、哺集乳室基本資料、分級認證自評表**正本及電子檔各1份**

(備註：若申請2間哺集乳室認證者，請填寫2份申請書，以此類推。)

- 請填列以下檢核表，**確認申請資料是否已備齊!!**

檢核項目	正本	電子檔
申請書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哺集乳室基本資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
分級認證自評表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

〈請採直式裝訂於左上側，逕送轄區健康服務中心，謝謝。〉

十二區健康服務中心地址

中正區健康服務中心	10075 臺北市牯嶺街 24 號	信義區健康服務中心	11077 臺北市福德街 86 號 11 樓
大同區健康服務中心	10361 臺北市昌吉街 52 號	士林區健康服務中心	11163 臺北市中正路 439 號 2 樓
中山區健康服務中心	10402 臺北市松江路 367 號 7 樓	北投區健康服務中心	11267 臺北市石牌路 2 段 111 號 3 樓
松山區健康服務中心	10566 臺北市八德路 4 段 692 號 2 樓	內湖區健康服務中心	11466 臺北市民權東路 6 段 99 號 2 樓 之 1
大安區健康服務中心	10671 臺北市辛亥路 3 段 15 號	南港區健康服務中心	11579 臺北市南港路 1 段 360 號 7 樓
萬華區健康服務中心	10869 臺北市東園街 152 號	文山區健康服務中心	11606 臺北市木柵路 3 段 220 號 3 樓