資料異動申請單

單號： 填寫日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 申請人 |  |
| **志工隊名稱** |  |
| 連絡方式 | TEL( ) #FAX( ) | Email |   |
| 異動項目 | □管理員 □email □帳號/密碼 □身份證號 □服務單位 □記錄冊號 □跨組織權限 □教育訓練時數 □服務時數 □其他（　　　　　 　） |
| **系統管理員異動基本資料**(以下欄位皆為必填欄位) |
| **姓 名** |  | **職 稱** |  |
| **帳 號** | (系統設定為大寫) | **身分證字號** |  |
| **聯絡電話** |  | **傳真電話** |  |
| **E-mail** |  |

請核章：

申請人：　　　　　　　　　　　　　　　單位主管(科長/主任/理事長)：

|  |  |
| --- | --- |
| 申請單位目的事業主管機關核定 | □已處理完畢 □轉由廠商處理 □其他 處理人員： 處理日期： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 中辦核定 | □已處理完畢 □轉由廠商處理 □其他 處理人員： 處理日期： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 廠商處理情形 | □已處理完畢 □其他 處理人員： 處理日期： 年 月 日 |

註：1.本表申請人及申請單位主管務必核章，並傳真衛生福利部；本公司接獲衛生福利部核章之申請單後，將依授權可處理者，予以協助；惟如非本公司權限得以更改之事項，將轉呈**衛生福利部核准後辦理**。

　　2.若申請單內容為**異動/新增帳號權限、單位權限**，需由單位之**目的事業主管機關核章**後，再傳真至衛生福利部辦公室；本公司接獲衛生福利部核章之申請單後，將依授權可處理。

 3. 廠商電話：(02)-77143958 傳真：(02)-77131329 及 系統**線上報修**功能

 4.**屏東縣政府社會處**電話：(08)7320415#5313 傳真：(08)7323731