

國立臺北護理健康大學因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情
單位實施員工居家辦公申請書

申請單位			
申請人	職稱：	姓名：	
申請人負責業務項目			
申請期間	自____年____月____日至____年____月____日，計____個工作日。 (如申請原因消失或經單位主管評估居家辦公表現不佳，得隨時終止)		
申請實施居家辦公原因 (請勾選及具體說明)	<input type="checkbox"/> 經衛生主管機關通知於____年____月____日至____年____月____日實施居家照護、居家檢疫、居家隔離及自主防疫期間，且經單位主管評估業務性質得居家辦公者(請檢附證明文件)。 <input type="checkbox"/> 經衛生主管機關通知(或依據主管機關相關規定或本校健康中心建議)，配合於年____月____日至____年____月____日實施自主健康管理(含加強自主健康管理)、自我健康監測、自主應變對象，且經單位主管評估業務性質得居家辦公者(請檢附證明文件)。 <input type="checkbox"/> 其他情形，或依上開第1點規定解除隔離後一周內如仍有咳嗽等症狀，經單位主管評估業務性質得居家辦公者(請說明事由): <hr style="width: 100%;"/>		
單位人員配置與確認事項 (由單位填寫)	※本單位員工人數合計____人，目前已申請____人，本次申請____人。 <input type="checkbox"/> 本單位業依本校「校園嚴重特殊傳染性肺炎防疫應變計畫」相關規定，對居家辦公者明訂其工作內容、建立工作紀錄等相關工作規範，並請申請人於居家辦公時間應每日上下午登錄本校行政入口網至少1次，以利必要時查考及提供教育部等相關權責機關查核所需。上開規定已充分告知申請人。 <input type="checkbox"/> 已與申請人確認居家辦公所需電腦設備及網路連線狀況等符合需求，並符合資訊安全規定；並已妥善調配單位業務、人力及落實辦公現場職務代理，確保服務持續不中斷！		
申請人簽章			人事室簽章
職務代理人簽章			
單位二級主管簽章			秘書室簽章
單位一級主管簽章			校長簽章

備註：

- 一、本申請表依行政程序簽核後，正本由人事室留存，影本由申請單位備存。
- 二、單位所建立之申請人相關工作規範及工作紀錄等，請妥善保管，以利必要時查考。