**工作適性安排意願表**

|  |
| --- |
| 本人　　　　　　　　已於　　　年　　　月　　　日與　　　　　　　　　面談，並已清楚所處工作環境對健康之影響，以及校方所採取之管理措施，本人同意接受下述之建議：□維持原工作 □調整職務 □調整工作時間 □變更工作場所 □其他教職員工簽名： |

面談醫師(含醫師字號): 日期: 年 月 日

職業健康服務護理人員: 日期: 年 月 日

單位主管簽名: 日期: 年 月 日

一級主管簽名: 日期: 年 月 日

人事室主任簽名： 日期: 年 月 日