**身心障礙者職業重建服務專業人員**

**資格認證及專業訓練時數抵免認定**

**扣除因故未執行職務期間申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 請 人 |  | 身分證字號 |  |
| 任職單位 |  | 職 稱 |  |
| 通訊地址 |  | 聯 絡 電 話 |  |
| 具備資格  (若具備多重資格，請分列填寫) | | 資格認證有效期間 | |
| □職業訓練師 | | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | |
| □職業訓練員 | | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | |
| □職業輔導評量員 | | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | |
| □就業服務員 | | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | |
| □職業重建個案管理員 | | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | |
| □督導  □職業訓練 □職業輔導評量  □就業服務 □職業重建個案管理 | | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | |
| 申請事由 |  | | |
| 因故未執行起訖日期 | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 | | |
| 檢附文件 | 1.  2.  3.  4.  5. | | |
| **申請人簽章** | |  | |

※備註：依身心障礙者職業重建服務專業人員法規第十條第一項及第十一條辦理。