

附件 5

衛生福利部志願服務資訊整合系統資料異動申請單

單號：

填寫日期： 年 月 日

申請單位		申請人	
連絡方式	TEL() FAX()	E m a i l	
異動項目	<input type="checkbox"/> 管理員 <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> 帳號/密碼 <input type="checkbox"/> 身份證號 <input type="checkbox"/> 服務單位 <input type="checkbox"/> 記錄冊號 <input type="checkbox"/> 跨組織權限 <input type="checkbox"/> 教育訓練時數 <input type="checkbox"/> 服務時數 <input type="checkbox"/> 其他 ()		
異動資料說明	(例：原為 xxx 因 <u>事由</u> 改為 xxx) (帳號新增請提供身分證統一編號)		
備註事項			
申請單位 申請人 (請蓋章)		申請單位 主管 (請蓋章)	
申請單位 目的事業 主管機關 核定	<input type="checkbox"/> 已處理完畢 <input type="checkbox"/> 轉由廠商處理 <input type="checkbox"/> 其他 處理人員： 處理日期： 年 月 日		
中辦核定	<input type="checkbox"/> 已處理完畢 <input type="checkbox"/> 轉由廠商處理 <input type="checkbox"/> 其他 處理人員： 處理日期： 年 月 日		
廠商處理 情形	<input type="checkbox"/> 已處理完畢 <input type="checkbox"/> 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)77447140。
4. 衛生福利部辦公室電話：(02)8590-6992 傳真：(02) 8590-6065。