衛生福利部臺東醫院人員年終考績通知書補發申請書

申請日期：____年____月____日

姓　名		身分證 統一編號	
出　生 年月日	民國　　年　月　日	聯絡電話	
服　務 單　位		職　稱	

一、本人因【　　】，申請補發　　年度年終考績通知書。
二、請准予核發。

領取方式	□請通知申請人至人事室領取。 □請寄送予申請人(掛號寄出，請填妥回郵信封，並貼妥適當面額郵資) 郵寄地址：_____

申請人	單位主管 (離職人員免)	人事室	領取簽收欄
			領取人簽名： 領取日期： 年　月　日