

附表一 從事辦理勞工體格與健康檢查業務之醫師訓練課程及時數表

項次	課程名稱	課程時數
1	職業衛生及健康檢查相關法規（含勞工作業環境監測實施辦法之應監測之作業場所與監測結果處理、勞工健康保護規則、勞工職業災害保險預防職業病健康檢查及健康追蹤檢查辦法及本辦法）	3
2	醫療相關法規	1
3	勞工健檢概論及健檢品質管控	2
4	噪音作業及聽力檢查	2
5	職業醫學概論	2
6	特別危害健康作業健康檢查指引與管理分級簡介及健康管理	2
7	職業性腎臟危害及腎臟功能判讀	2
8	各種常見製造程序之健康危害簡介	2
9	重金屬作業健康危害與其身體檢查及生物偵測	2
10	職業性血液、造血系統危害及血液常規檢查（CBC）結果判讀	2
11	職業性肝危害及肝功能判讀	2
12	職業性神經系統危害及神經身體檢查	2
13	塵肺症及職業性肺部疾病	2
14	職業性皮膚疾病及皮膚身體檢查	2
合計		28

附表二 從事辦理勞工體格與健康檢查業務之護理人員訓練課程及時數表

項次	課程名稱	課程時數
1	職業衛生及健康檢查相關法規（含勞工作業環境監測實施辦法之應監測之作業場所與監測結果處理、勞工健康保護規則、勞工職業災害保險預防職業病健康檢查及健康追蹤檢查辦法及本辦法）	3
2	醫療相關法規	1
3	職業病（含預防）概論	4
4	職業衛生概論	2
5	勞工健康檢查實務及品質管控	2
6	勞工健康檢查結果之評估及判讀	2
7	健康監測及健檢資料之分析運用	4
8	勞工健康服務工作（含健康管理）	2
9	勞工選工及配工概論	2
10	噪音作業及聽力檢查	2
合計		24

備註：

曾接受從事勞工健康服務之護理人員訓練課程合格者，可抵免第3項次、第7項次至第9項次12小時學分課程。

附表三 聽力檢查室(亭)可容許最大背景噪音量

八音度頻帶中心頻率 (Hz)	最大背景噪音量 (dB)
500	40
1000	40
2000	47
4000	57
8000	62

附表四 勞工體格及健康檢查認可醫療機構申請書

醫療機構名稱(機構代碼)：					
醫療機構地址：					
開業執照字號：			代表人/負責醫師：		
勞工健檢聯絡人：			聯絡電話：		
申請認可類別： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 異常氣壓) <input type="checkbox"/> 巡迴(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音))					
辦理勞工體格(健康)檢查業務概況(初次申請者不適用)：					
<input type="checkbox"/> 申請日前三年內，辦理勞工一般體格及健康檢查之人次 人，其中 巡迴健康檢查之人次 人(不同年度請分別填寫；非申請巡迴者 免填巡迴健康檢查之人次)。					
<input type="checkbox"/> 申請日前三年內，辦理勞工特殊體格及健康檢查之人次 人，其中 巡迴健康檢查之人次 人(不同年度請分別填寫；非申請巡迴者 免填巡迴健康檢查之人次)。					
是否為全民健康保險特約之保險醫事服務機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
是否經中央衛生福利主管機關醫院評鑑合格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫院評鑑效期：					
有否巡迴X光車： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有(非申請巡迴者免填)					
租用 (或自備)	車號	行車 執照	設備登記字號	製發日期 (>每5年登記 備查日期)	租約期限 (年月日)
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
有否移動式之聽力檢查室(亭)： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有(非申請巡迴者免填)					
租用 (或自備)	車號	行車 執照	3年內 檢測日期	可容許最大背景 噪音量符合附表3	租約期限 (年月日)
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
有否核准登記之高壓氧設備： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 自備 <input type="checkbox"/> 租用租約期限：)					
有否具備第十七條第四項所定項目之檢驗設備： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否(委辦機構： 合約期限：)					
茲檢附：					
<input type="checkbox"/> 申請書(格式如附表四至附表六，醫事人員應另檢附執業執照及附表 一、附表二規定之訓練合格證明影本)					
<input type="checkbox"/> 全民健康保險特約之保險醫事服務機構證明文件影本。					
<input type="checkbox"/> 中央衛生福利主管機關醫院評鑑結果之證明文件影本。					
<input type="checkbox"/> 經衛生主管機關登記診療科別資料影本。					
<input type="checkbox"/> 職業醫學科專科醫師證明及執業執照影本。					

- 胸腔科專科醫師證明及執業執照影本(申請粉塵作業者檢查之醫療機構適用)。
- 耳鼻喉科專科醫師證明及執業執照影本(申請噪音作業者檢查之醫療機構適用)。
- 直轄市、縣(市)衛生主管機關核准登記之高壓氧設備證明文件(申請異常氣壓作業者檢查之醫療機構適用)。
- 自申請日起有為期一年以上之租用高壓氧設備證明影本(申請異常氣壓作業者檢查之醫療機構適用，自備者免附)。
- 具備辦理勞工健康保護規則所定檢查項目之檢驗(查)設備。
- 最近三年內聽力檢查室符合附表三可容許最大背景噪音量之測定紀錄影本(申請噪音作業者檢查之醫療機構適用)。
- 移動式之聽力檢查室(亭)之合格證明影本(申請巡迴噪音作業者檢查之醫療機構適用)。
- 自申請日起有為期一年以上之租用移動式之聽力檢查室(亭)證明文件影本(申請巡迴噪音作業者檢查之醫療機構適用，自備者免附)。
- 合格之巡迴 X 光車執照證明影本(含行車執照、行政院原子能委員會可發生游離輻射設備登記證明)。
- 自申請日起有為期一年以上之租用合格巡迴 X 光車之證明影本(自備合格巡迴 X 光車者免附)。
- 有三年以上辦理勞工體格及健康檢查實務經驗證明影本。
- 檢查項目取得第三者認證機構之有效認證證明影本或經中央主管機關指定公告為特定檢查項目之檢驗機構證明文件影本(自行檢驗第十七條第四項所定檢驗項目之醫療機構適用)。
- 委託符合第十七條第五項所定資格機構辦理特定檢查項目檢驗之證明文件影本。
- 當地勞工主管機關會同衛生主管機關專案推薦申請文件、依醫事檢驗品質需求，訂定品質管控程序之證明文件，及委託符合第十二條第二項規定機構辦理之證明文件影本(偏遠或離島地區未符合第四條及第五條規定之醫療機構適用)。

醫療機構全銜：

代表人/負責醫師： _____ 簽章

填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(以下各欄位由直轄市、縣市主管機關勾選填列)

勞工及衛生 主管機關審 查結果：	申請認可類別	符合 規定	不符合 規定	備註
	<input type="checkbox"/> 一般			
	<input type="checkbox"/> 特殊(含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音 <input type="checkbox"/> 異常氣壓)			
	<input type="checkbox"/> 巡迴〔 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 (含 <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 噪音)〕			

附表五（申請辦理勞工體格及健康檢查認可醫療機構名稱）：
勞工體格及健康檢查醫療機構之檢驗(查)設備明細表

檢驗(查) 設備名稱	廠牌	型號	用途	數量	備註

附註：

1. 申請一般類別者，應符合勞工健康保護規則附表九檢查項目檢驗(查)設備。
2. 申請特殊類別者，應符合勞工健康保護規則附表十檢查項目之檢驗(查)設備。
3. 檢驗設備若為巡迴健檢之用，請於備註欄予以註明。
4. 巡迴 X 光車及移動式聽力檢查室(亭) 僅限巡迴健檢之用。

附表六（申請辦理勞工體格及健康檢查認可醫療機構名稱）：

勞工體格及健康檢查醫療機構醫事人員簡歷表

科 別	職 稱	姓 名	性 別	出 生 年 月 日	執 業 執 照 字 號	接 受 訓 練 名 稱	備 註

附註：本表含第十七條第三項支援報備人力。

合計：醫 師：_____人

護 理 人 員：_____人

醫事檢驗師(生)：_____人

醫事放射師(生)：_____人

支援醫事人員：_____人

(聽力師____人職業醫學科專科醫師____人)

附表七 申請辦理勞工體格及健康檢查認可醫療機構名單（本表由直轄市、縣市政府主管機關填列）

編號	直轄市或縣(市)別	醫療機構名稱	醫療機構地址	代表人或負責醫師	勞工健檢聯絡人	聯絡電話	申請認可類別	直轄市、縣(市)政府建議審查結果		備註	
								符合	不符合		符合
							<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 含 <input type="checkbox"/> 粉塵 含 <input type="checkbox"/> 噪音 含 <input type="checkbox"/> 異常氣壓				
							<input type="checkbox"/> 巡迴〔 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 (含 <input type="checkbox"/> 粉塵 含 <input type="checkbox"/> 噪音)〕				
							<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 含 <input type="checkbox"/> 粉塵 含 <input type="checkbox"/> 噪音 含 <input type="checkbox"/> 異常氣壓				
							<input type="checkbox"/> 巡迴〔 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊 (含 <input type="checkbox"/> 粉塵 含 <input type="checkbox"/> 噪音)〕				