

嘉義縣身心障礙鑑定案件送件清單

鑑定機構：_____

序號	姓名	身分證字號	鑑定類別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

送件日期：

承辦人員核章：

聯絡電話：

嘉義縣身心障礙鑑定案件送件清單

鑑定機構：_____

序號	姓名	身分證字號	鑑定類別
----	----	-------	------

備註：

1. 為確保貴院當次寄送民眾資料及正確件數核對，不論初次或退本表。
2. 鑑定表請統一寄送「61249嘉義縣太保市祥和二路東段3號，嘉科身障業務承辦人收 龔小姐(05)3620600分機213」。

醫院

完成鑑定日期

件補寄皆需填列

義縣衛生局保健