聲　　　明　　　書

本人於執行職務期間罹患職業傷病，詳細情形如下：

1. 發生原因：
2. 時間：
3. 地點：
4. 經過情形：

上述所載事項，倘有不實，願自行負擔一切責任，特此聲明。

被保險人： 　　　　（簽章）

身分證字號：

計畫主持人： 　　 （簽章）

（各實驗室博士後人員、約聘僱助理請先經計畫主持人簽章）

經辦人審核： 　　 （簽章）

單位主管： （簽章）

單位章戳：

中華民國　　　　年　　　　月　　　　日