

# 聲 明 書

本人於執行職務期間罹患職業傷病，詳細情形如下：

(一) 發生原因：

(二) 時間：

(三) 地點：

(四) 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