**附件2**

**哺集乳室編號：**□□□-□□□

（此欄由審查單位填寫）

**111年度臺北市政府衛生局優良哺集乳室認證申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| **機構名稱****（請寫正式全銜）** |  |
| **機構收文地址** | **臺北市\_\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **機構負責人****（職稱/姓名）** |  |
| **哺集****乳室****聯絡****窗口** | **姓名** |  | **單位/職稱** |  |
| **電 話** | **分機** |
| **手 機** |  |
| **Ｅmail** |  |
| **目前是否具有****優良哺集乳室認證** | **□是，效期至111年，認證編號6碼為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****□否，今年度新申請** |
| **哺集乳室****實地認證****地 址** | **臺北市\_\_\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****□同機構收文地址****哺集乳室所在樓層、位置：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **哺集乳室****屬　　性** | **□對外開放使用：哺集乳室內提供\_\_\_\_\_\_\_\_座位**※屬依法應設置之哺集乳室需對外開放使用**□僅供內部員工使用** |
| **是否同意衛生局登載服務資訊、照片於「臺北市資料大平台」及「愛台北市政雲服務網」等處供民眾瀏覽、利用，及對外提供民眾使用哺集乳室?** | **□是 □否** |

**本機構擬申請參加「111年度臺北市政府衛生局優良哺集乳室認證」，並同意臺北市政府衛生局指派認證委員進行認證作業。**

**此致**

**臺北市政府衛生局**

**機構負責人簽章：**

**機構印鑑：**

**中華民國111年 月 日**