**【台南分會受理雲.嘉.南矯正機關同仁遭遇特殊困難情事請予**

 **專案協助解決申請表】**

**編號：                            申請日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本****資料** | **姓名** |  | **性別** |  | **年齡** |  |
| **級職** |  | **負責工作** |  |
| **請雲.嘉.南矯正機關於該同仁列舉所遭遇之特殊困難情事暨希望本會如何予協助幫忙方式：** |  |
|  |
| **聯絡電話：** |  | **手機：** |  |
| **通訊地址** |  |
| **電子信箱** |  |
| **〔 〕****〔 〕** | **1.該同仁所遭遇特殊困難情事之證明影本。****2.於雲.嘉.南之矯正機關「服務證」正反面影本。** |
| **人事室初審：** |  | **矯正機關首長核章：** |  |
| **備註** | **1.矯正人員係指該矯正機關之業務單位或幕僚單位之工作人員。****2.協助內容：專案研擬予協助方式。****3.申請文件請寄《台南巿永康區永科三路99號「永康科園區管理中心」** **中華民國犯罪矯正協會台南分會陳昱彤小姐收》，請註明「特殊困難** **申請專案研擬予協助方式。****4.申請期間：每年3月至4月前，超過時間或資料不符資格者不受理。****5.本分會預計於每年5月份召開委員會，研擬予協助方式。並於會前個** **別通知審核結果，並接受電話詢問是否予受理暨協助方式。****6.聯絡人：陳昱彤小姐電話：06-2029888#6701石建安主任：06-2026605** |
| **審核** | **會長** |  | **幹事** |  | **承辦人：** |  |