附件1

編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

彰化縣112年親善哺集乳室認證申請表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組別  (請依單位屬性勾選) | □公共場所  □職場 | | | |
| 單位名稱  （請寫正式全銜） |  | | | |
| 單位地址 |  | | | |
| 單位負責人 |  | | 職稱 |  |
| 哺集乳室聯絡人 | 單位 |  | | |
| 職稱 |  | | |
| 姓名 |  | | |
| 電 話 |  | 手機 |  |
| E-mail |  | | |
| 哺集乳室  位址  (1間以上請個別申請) | □同機構地址  彰化縣\_\_\_\_\_\_\_鄉鎮市\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  哺集乳室所在樓層、位置：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |