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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |