

# 長照機構專業責任險投保明細表

序號	姓名	證明字號	職務 (照顧服務員/醫師/其他醫事人員)	備註
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

備註說明：其他醫事人員及醫師如有投保需求，須另行加貼「擴大承保醫事人員附加條款」。