

衛生福利部中央健康保險署涉及國家機密人員異動通報表

涉密人員姓名		
原所屬單位(提列單位)		
原職職稱		
異動狀況	<input type="checkbox"/> 業務調整	業務異動(國家機密業務移交)日期： 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 在/到職	職位異動(國家機密業務移交)日期： 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 調任他機關日期及機關單位： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職、辭職或其他原因離任日期：年 月 日
	<input type="checkbox"/> 退休	退休日期：年 月 日
聯絡地址、電子信箱		
聯絡電話(手機)號碼		
業務交接情形	<input type="checkbox"/> 有案件移交或續辦	<input type="checkbox"/> 屬持續推動之業務，於 年 月 日移交 ___續辦 <small>(請接續填寫接任國家機密業務人員資料)。</small> 接任者姓名： 接任者先前任職單位/職稱(新到職者毋須填寫)： 是否業經前任職單位核列為涉密人員： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 現職單位/職稱： 身分證字號： 出生年月日： 聯絡電話、地址： <input type="checkbox"/> 屬持續推動之業務，由原承辦人員繼續辦理。
	<input type="checkbox"/> 無案件移交	業於 年 月 日辦結，無續處事項。
通報程序	涉密人員所屬單位 (單位主管決行後送政 風室憑辦)	