

國立東石高級中學因應嚴重特殊傳染性肺炎 防疫期間教師居家線上教學申請單

填單日期： 年 月 日

單位	職稱	姓名	
申請原因	<input type="checkbox"/> 為自主健康管理者，或有同住家人實施居家隔離或居家檢疫：(請具體說明或附證明) <input type="checkbox"/> 居住於疫情第三級警戒區域：(請具體說明或附證明) <input type="checkbox"/> 需於不同之疫情警戒區域間通勤者： (請具體說明或附證明) <input type="checkbox"/> 懷孕者或有12歲以下學童須照顧者：(請具體說明或附證明)		
申請期間	年 月 日(星期)至 年 月 日(星期)，計 個工作日		
居家線上教學地點電話	(請填地址) (請填住宅連絡電話及手機)		
居家線上教學設備確認	1. 電腦： <input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型 <input type="checkbox"/> 平板電腦 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 其他 2. 網路連線：請實際測試是否可連線至本校首頁 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 電腦是否安裝防毒軟體？ <input type="checkbox"/> 是 (軟體名稱：) <input type="checkbox"/> 否 (若無安裝防毒，請自全校授權軟體下載安裝) ※本人保證遵守資安及網路相關使用規範。		
申請單位主管 審核意見	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (請逐級審核核章)	教學組 審核意見	(請逐級審核核章)
設備組 審核意見	1. 資訊設備是否可行。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 網路是否可連線。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 其他意見：_____ _____ (請逐級審核核章)	進修部 審核意見	(僅限進修部申請案件會辦)
教務處 審核意見	(僅限教師申請案件會辦) (請逐級審核核章)	人事室 審核意見	(請核章)
校長 審核及批示			