

113 年度視障按摩據點新設及經營輔導計畫-申請表

申請人姓名		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																								
身分證字號		家中電話		手機																									
按摩院所名稱				院所電話																									
按摩院所住址				許可證號																									
按摩院所 營業資料	<p>1. 按摩院所營業開始執業日期：____年 ____月 ____日</p> <p>2. 按摩師人數：____名</p> <p>3. 聘雇其他人員：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有____名(工作內容：_____)</p> <p>4. 場所型態：<input type="checkbox"/>單純店面(租金：_____元/月) <input type="checkbox"/>住家合併</p> <p>5. 經營方式：<input type="checkbox"/>店內按摩 <input type="checkbox"/>外出按摩 <input type="checkbox"/>店內或外出都有</p> <p>6. 營業項目及收費：</p> <p><input type="checkbox"/>半身按摩：____分鐘____元、<input type="checkbox"/>全身按摩：____分鐘____元</p> <p><input type="checkbox"/>腳底按摩：____分鐘____元、<input type="checkbox"/>其他(____)____分鐘____元</p> <p>7. 營業時間：週一~週五：_____ 週六~周日：_____</p> <p>8. 按摩師拆帳方式：_____、其他人員薪水：_____</p> <p>9. 執業場所；共____層、合計約____坪</p> <p>10. 設施設備：按摩室____間、按摩床____組、按摩椅____張 腳底按摩椅____組，其他設備_____</p> <p>11. 每月來客數，約____人；固定客人：<input type="checkbox"/>有____人 <input type="checkbox"/>無</p> <p>12. 最近 3 個月營運報表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>月份</th> <th>總收入</th> <th>人事支出</th> <th>房租支出</th> <th>其他支出</th> <th>盈餘</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					月份	總收入	人事支出	房租支出	其他支出	盈餘																		
月份	總收入	人事支出	房租支出	其他支出	盈餘																								
經營困境說明	<input type="checkbox"/> 技術難以突破 <input type="checkbox"/> 客源增加不易 <input type="checkbox"/> 環境設備老舊/不足 <input type="checkbox"/> 行銷宣傳 <input type="checkbox"/> 服務品質 <input type="checkbox"/> 顧客維持 <input type="checkbox"/> 經營/人事管理 <input type="checkbox"/> 財務成本管控 <input type="checkbox"/> 衛生管理 <input type="checkbox"/> 其他_____																												
希望接受 輔導項目	<input type="checkbox"/> 按摩技術或專業提升 <input type="checkbox"/> 經營及財務管理輔導 <input type="checkbox"/> 行銷策略輔導 <input type="checkbox"/> 環境及設備改善 <input type="checkbox"/> 其他(_____)																												

113 年度視障按摩據點新設及經營輔導計畫-申請表

受理編號：_____

身分證、執業許可證證件黏貼	
身分證影本浮貼(正面)	身分證影本浮貼(反面)
執業許可證影本浮貼(正面)	執業許可證影本浮貼(反面)

本人同意接受嘉義市政府「113 年度視障按摩據點新設及經營輔導計畫」之相關輔導，以上所填資料均確實無誤，並配合嘉義市政府後續審查機制，如有不實或未能配合，則願無條件取消本申請案件，以上切結。

院(室)章

申請人：_____ (簽章)

填表日期：____年____月____日